

Krankenfürsorge
im Spannungsfeld von Medizin, Glauben und Gesundheitspolitik
Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen, 1952–1994

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Matthias Leo Egg

aus Memmingen

2015

Angefertigt mit der Genehmigung

der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Priv.-Doz. Dr. med. W. Bruchhausen
2. Gutachter: Prof. Dr. med. F. Geiser

Tag der Mündlichen Prüfung: 27. März 2015

Aus dem

Medizinhistorischen Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Widmen möchte ich die vorliegende Dissertation Sr. Elisabeth Mager und meinen Eltern Leo und Hermine Egg.

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung.....	7
II.	Anlass zur Verfassung der vorliegenden Studie	8
III.	Aufbau, Methoden, Theorien und Forschungsstand	9
IV.	Gesundheitsarbeit zwischen Missionsmedizin und Entwicklungszusammenarbeit	15
A.	Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH).....	15
1.	Vorgeschichte	15
2.	Organisation der GMH.....	20
3.	Kennzahlen zur GMH	22
4.	Spiritualität der GMH	28
B.	Von der GMH betreute Missionshospitäler und Gesundheitsprojekte.....	30
1.	Indien.....	30
a)	St. Luke´s Hospital in Shrirampur	31
b)	St. Jude´s Hospital in Jhansi	38
c)	Nityaseva Hospital in Shevgaon	42
d)	St. Thomas Hospital und Lepra Zentrum in Chetpet.....	45
e)	Thellakom, Allahabad und Bangalore	49
2.	Afrika	50
a)	Regierungshospital in Amadi und Poko, Entwicklungsprojekt mit Gesundheitsversorgung Ndendule, Krankenpflegeschule Dungu (Kongo).....	51
b)	Kinshasa und Bunia (Kongo)	54
c)	Diözesanes Sacred Heart Hospital in Nyangana (Namibia)	55
d)	Regierungshospital Rundu (Namibia), Regierungshospital Windhoek (Namibia) ...	57
e)	King Edward VIII Hospital Durban und Missionskrankenhaus Montebello (Südafrika)	57
f)	Diözesanes Fatima-Hospital in Bulawayo, Diözesanes St. Luke´s Hospital Bulawayo und St. Paul´s Hospital (Zimbabwe)	58
g)	Diözesanes St. Martin de Porres Hospital in Eikwe (Ghana).....	62
h)	Basisgesundheitsdienst Navrongo (Ghana)	64
i)	Basisgesundheitsdienst Tumu (Ghana).....	65
j)	St. Elisabeth Hospital in Shisong (Kamerun)	65

3.	Pakistan.....	66
a)	Fatima Hospital in Sargodha	66
C.	Missionsmedizin im Transformationsprozess	69
1.	Der postkoloniale Zeitraum: Missionshospitäler und der Staat	69
2.	Der Begriff Missionsmedizin im Wandel	83
3.	Etablierung von Missionskrankenhäusern	86
4.	Bürokratisierung als Folge der Etablierung von Missionskrankenhäusern.....	89
5.	Aufschwung der Krankenpflege in der postkolonialen Mission	92
6.	Kirchliche Gesundheitseinrichtungen als Vertreter der Modernisierungstheorie.....	97
7.	Missionsmedizin als integrativer Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit..	106
8.	Wandel des Begriffes Entwicklung.....	116
9.	Nationalisierung der Projekte.....	120
a)	Indisierung	120
b)	Afrikanisierung	126
10.	Das Missionshospital als Ort des Wissensaustausches und der Ausbildung	129
11.	Die Preispolitik des Missionskrankenhauses und ihre Auswirkungen.....	141
12.	Das Missionshospital als Ort von Glaube und Medizin	148
13.	Traditionelle Gesundheitsvorstellungen versus westliche Medizin aus dem Blickwinkel religiöser Gesundheitsfachkräfte	163
V.	Zusammenfassung	178
VI.	Summary	186
VII.	Anhang	194
A.	Nr. 1 Zusammenstellung der in der Mission tätigen Schwestern der GMH.....	194
B.	Nr. 2 Projektaufstellung	201
VIII.	Literaturverzeichnis.....	217
A.	Primärliteratur:	217
B.	Sekundärliteratur:	219
IX.	Danksagung	223
X.	Lebenslauf	224

I. Einleitung

Wie vieles in der Geschichte der Menschheit, wandelt und entwickelt sich auch die Medizin. Was sie ist und ausmacht, wie sie angewandt und praktiziert wird, wie sie sich und ihre Aufgaben definiert und in welchen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen mit ihren spezifischen diagnostischen und therapeutischen Methoden sie sich widerspiegelt, hängt immer von den Menschen ab, und zwar von denen, die über das Wissen, Können und die Mittel verfügen, mit Medizin zu heilen und sie zu fördern, und von denen, die im Zustand der Krankheit Heilung durch Medizin suchen. Die Beweggründe, die Heilkunde auszuüben oder sie in Anspruch zu nehmen, sind vielfältig und reichen oft über den Wunsch des Arztes, dem Kranken zu helfen, oder die Suche des Kranken nach Hilfe hinaus. Förderte der neuzeitliche Staat die Bildung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe und unterstützte er die Bestrebungen medizinischer Wissenschaft, diagnostische Untersuchungsmethoden fortzuentwickeln, neue effektivere therapeutische Verfahren zu erarbeiten und unter Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden die Erkenntnis über den Menschen, die Krankheit und deren Heilung zu mehren, so tat er dies aus eigenem Interesse. Denn die Gesundheit der Bevölkerung nahm direkten Einfluss auf wirtschaftliche Entwicklungen, militärische Aspekte und politische Stabilität. Die Ärzteschaft und andere Gruppen der Gesundheitsberufe strebten nach wachsender gesellschaftlicher Anerkennung und höherem Einkommen. Forscherdrang, Ehrgeiz, Streben nach Nachruhm und wirtschaftlichem Erfolg waren die Triebfeder für die Entdeckung und Entwicklung neuer Arzneimittel und moderner Medizintechnik. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie Qualität und Zugang zu Gesundheitssystemen waren Ausdruck gesellschaftlicher Entwicklungen. Medizin war damit ein Mittel zur Verwirklichung programmatischer Ansätze eines bestimmten Weltbildes und bestimmter Interessen sowie Projektionsfläche für die Lebensentwürfe des Gesundheitspersonals. Die Missionsmedizin als Teil der Medizin macht darin keine Ausnahme. Die religiöse Motivation ihres Gesundheitspersonals ist dabei Charakteristikum der Missionsmedizin. Zwischen karitativen und missionarischen Denkmustern klassischer Missionsmedizin und den Denk- und Handlungsmustern entwicklungspolitisch ausgerichteter kirchlicher Gesundheitsarbeit der Entwicklungszusammenarbeit haben sich im postkolonialen Zeitraum Transformationsprozesse der Missionsmedizin in Bezug auf Ideen, Begriffe, Praktiken, Interessen und Strategien der beteiligten Personen und Institutionen vollzogen.

II. Anlass zur Verfassung der vorliegenden Studie

Im Archiv des Missionsärztlichen Instituts Würzburg (MI)¹ befinden sich reichhaltige schriftliche Quellen, die das medizinische Wirken der Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH) über einen Zeitraum von 42 Jahren hinweg dokumentieren. Die GMH ist eine Gruppe katholischer, weiblicher Gesundheitsfachkräfte innerhalb des MI Würzburg, die in der Gesundheitsversorgung in Ländern Afrikas und Asiens nach 1945 tätig waren. Bei den Dokumenten handelt es sich zum großen Teil nicht um offizielle Darstellungen in Missionszeitingen oder Schriftstücke aus dem Bereich der Öffentlichkeitsarbeit der GMH oder des MI. Es sind vielmehr Zeugnisse einer internen Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften vor Ort und der koordinierenden Stelle in Deutschland. Den zentralen Quellenkorpus für die vorliegende Studie bilden zum einen die Korrespondenz der Schwestern der GMH mit dem P. Direktor des MI und zum anderen die Projektordner, die Korrespondenz mit Misereor, Berichte, Abrechnungen, Rapports und Projektbeschreibungen der von der GMH betreuten Missionshospitäler und Gesundheitseinrichtungen enthalten. Dieses Quellenmaterial wurde bisher weder einer medizinhistorischen Erforschung unterzogen noch wurde es in einer Quellenedition einer wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Dass die medizinhistorische Forschung auf dem Gebiet medizinischer katholischer Missionstätigkeit nicht abgeschlossen ist und noch freie Forschungsfelder gerade im Hinblick auf die Gesundheitsarbeit vor Ort in den Missionsländern bietet, stellte zuletzt David Hardiman als Herausgeber des bisher einschlägigsten Sammelbandes zur Missionsmedizin „Healing bodies, saving souls“ heraus:

„As yet, there are few studies of Roman Catholic medical mission work, and it is an area deserving far more research.“²

Maßgeblich für die Abfassung der vorliegenden Studie war aber die Überzeugung, dass die Erschließung und Aufarbeitung dieser schriftlichen Zeitzeugnisse Lücken in der wissenschaftlichen Wahrnehmung und Vorstellung außereuropäischer kirchlicher Gesundheitsarbeit v.a. im postkolonialen Zeitraum schließen kann.

¹ Im deutschsprachigen Raum war bzw. ist das Missionsärztliche Institut Würzburg eine wichtige und bedeutende Anlaufstelle und ein fachlich anerkannter Ansprechpartner für Missionsorden und -diözesen bei Themen der Gesundheitsversorgung. Vgl. das Kapitel „Vorgeschichte“.

² Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 24f..

III. Aufbau, Methoden, Theorien und Forschungsstand

Der Forschungsrahmen der vorliegenden Dissertation ist im Querschnittsbereich postkolonialer Studien zur Entwicklungszusammenarbeit, der Missionsmedizinengeschichte und der außereuropäischen Krankenhausgeschichte verortet.

Die Teile „Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen“ und „Von der GMH betreute Missionshospitäler und Gesundheitsprojekte“ sind im Stile einer Institutionengeschichte aufgebaut. Die Entstehung und Entwicklung der GMH und der von ihr betreuten Gesundheitseinrichtungen werden darin im Hinblick auf institutionelle Fragen thematisiert. Es wird im ersten Teil der Arbeit ein Überblick über die Organisationsstruktur, wichtige Kennzahlen und die Spiritualität der GMH als wichtige und tragende Säule des katholischen MI in Würzburg nach dem Zweiten Weltkrieg gegeben. Es geht in diesen Kapiteln darum, die geschichtliche Entwicklung der GMH von einer frommen Laiengemeinschaft mit Befolgung der evangelischen Räte im Jahr 1953 bis zur Errichtung des Säkularinstituts im Jahr 1976 zu vermitteln und die religiösen Überzeugungen, Haltungen und Prinzipien verständlich zu machen, die diese Träger der Gesundheitsversorgung in der Mission hatten. In diesem Abschnitt der Arbeit werden ferner Aspekte der Vorbereitung der Missionsschwestern auf den Missionseinsatz dargestellt. Weitere institutionelle Fragen, nämlich wie viele Schwestern der Gemeinschaft im Missionseinsatz waren, in welchen Ländern sie in Einrichtungen der Krankenversorgung tätig waren und wie viele Schwestern wann und wie lange in welchen medizinischen Projekten arbeiteten, werden darin bearbeitet. Dies soll dem Leser die Einordnung der Abläufe und Entwicklungen der missionsärztlichen Arbeit der GMH, die in den folgenden Teilen der vorliegenden Studie thematisiert werden, zu einem Gesamtbild erleichtern.

Im zweiten Teil der Arbeit wird der Aufbau bzw. die Übernahme und Entwicklung von den durch das MI begründeten oder diözesanen Missionshospitälern, deren Leitung und Personal neben MissionsärztInnen und einheimischem Personal die Schwestern der GMH stellten, projekt- und länderspezifisch von den Anfängen bis zur Übergabe an einheimische Gemeinschaften mit Schwerpunkt auf Organisation und institutionelle Fragen in den Bereichen Ortscharakterisierung, rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung, Missionspersonal und medizinische Tätigkeit des jeweiligen Missionshospitals bzw. des jeweiligen Gesundheitsprojekts vorgestellt.

Liegt der Schwerpunkt in den oben bezeichneten Teilen darin, institutionelle Fragen zu klären, bislang unerforschte Quellen der Forschung nutzbar zu machen und ein Augenmerk auf sie zu lenken, ist der methodische Ausgangspunkt des dritten Teils „Missionsmedizin im Transformationsprozess“ ein anderer. In diesem Teil der Arbeit sind die Fragestellungen nicht institutionengeschichtlicher Art. Die Dynamik der Entwicklung der Gesundheitsversorgung innerhalb eines Zeitraums von vier Jahrzehnten in unterschiedlichen Teilbereichen wird darin analysiert. Es geht mir dabei darum, herauszufinden, wie Verhaltensmuster, Interessen, Zielsetzungen und Strategien der handelnden Akteure in den Missionshospitälern und Gesundheitsprojekten entstanden sind und wie sie sich entwickelt haben, welche Handlungsoptionen es gab, wie medizinisches Handeln unter sich ändernden Rahmenbedingungen bewertet wurde, wie religiöse Überzeugungen die Gesundheitsarbeit beeinflussten und wie sich das Verhältnis der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen und ihres Gesundheitsangebots zu Staat und privaten Gesundheitsanbietern, zu kirchlichen und nicht kirchlichen Geldgebern der Entwicklungszusammenarbeit, zur einheimischen Bevölkerung und zur traditionellen Medizin gestaltete und welche Auswirkungen das jeweilige Verhältnis mit sich brachte. Dabei steht mehr der Prozess der Entwicklungen im Fokus und Interesse meiner wissenschaftlichen Nachforschung als der jeweilige Zustand an sich.

Orientierung bei dieser Ausrichtung wissenschaftlichen Arbeitens entnahm ich dem Aufsatz von Thomas Williamson „Researching Amok in Malaysia“, der nach dem Prinzip der Soziologen Annette Mol und John Law arbeitet, die es in ihrem viel zitierten Beispiel weniger interessiert was „Hypoglykämie ist“, sondern vielmehr wie wir in solch einem Zustand handeln und warum wir etwas tun.³

Um die Verhaltens- und Denkmuster der handelnden Personen vergleichend zu analysieren, historisch einzuordnen und in den Kontext der Geschichte der Missionsmedizin und der Entwicklungszusammenarbeit zu stellen, ist es erforderlich, diese im Zusammenhang mit übergeordneten Theorien zu deuten. Das Leitwort meiner Argumentation ist Transformation, die Begriffe, Praktiken, Interessen, Ideen und Strategien der beteiligten Personen, welche die Institutionen der Gesundheitseinrichtungen und Missionshospitäler bilden, miteinbezieht.

³ Williamson, T.: Researching Amok in Malaysia (2010), S. 37.

Dieser Transformationsprozess findet in einem pluralistischen medizinischen Umfeld im postkolonialen Zeitraum statt. Der medizinische Pluralismus wie er insbesondere für Ostafrika von Walter Bruchhausen als „historisches Phänomen“ beschrieben wird, ist der Ausgangspunkt, in dem sich postkoloniale Missionsmedizin und kirchliche Krankenfürsorge bewegen.⁴ Die Begrifflichkeiten wie Kolonialmedizin und Imperialismus sind als Gegenstand historischer Reflexion aufzufassen. Sie sind es, welche die Gegebenheiten mitprägten, in denen sich postkoloniale kirchliche Medizin bewegt. Als Konzept für das Handeln des Gesundheitspersonals wurden sie passé. Die sich ändernden Bedingungen waren nun mehr von den Konzepten der Dekolonialisierung⁵ und Nationalisierung der Gesundheitsversorgung geprägt. Die Konzepte der „Modernisierung“ und „Professionalisierung“⁶ der Gesundheitsversorgung, die durch einen rasanten technischen und pharmazeutischen Fortschritt in Europa und Amerika vorangetrieben wurden, sind in den Missionsgebieten ein wichtiger ideologischer Überbau für kirchliches Gesundheitsengagement. Grundlegend dafür ist die Auffassung der zivilisatorischen Überlegenheit westlicher Medizin zum Wohle der lokalen Bevölkerung in Abgrenzung zur sogenannten „Traditionellen Medizin“, was gleichzeitig deren Marginalisierung implizierte.

Dekolonialisierung, Nationalisierung, Modernisierung und Professionalisierung der Gesundheitsversorgung in einem pluralistischen medizinischen Umfeld sind folglich die übergeordneten und in meiner Argumentation angewandten Theorien. Der postkoloniale Zeitraum war gerade in seinem Beginn eine Phase des Umbruchs. Um die dynamischen Transformationsprozesse des Gesundheitswesens im postkolonialen kirchlichen Umfeld zu analysieren, ist neben der Frage nach Methoden und Theorien der eigenen Argumentation die intensive Auseinandersetzung mit Standpunkten und Blickwinkeln der Forschungsliteratur zum Themenkomplex der Missionsmedizin notwendig, insbesondere wenn sich die eigenen Ergebnisse der Analyse des Quellenmaterials davon unterscheiden oder darüberhinaus gehen.

Wenn man sich mit dem Thema der Missionsmedizin befasst, stellt man fest, dass sich die wissenschaftliche Literatur hauptsächlich mit einer Missionsmedizin beschäftigt, die

⁴ Bruchhausen, W.: Medical Pluralism as a historical phenomenon: a regional and multi-level approach to health care in German, British and Independent East Africa (2010), S. 99f..

⁵ Manton, J.: Administering Leprosy Control in Ogoja Province, Nigeria, 1945–67: A Case Study in Government – Mission Relations (2006), S. 309.

⁶ Bruchhausen, W.: Medical Pluralism as a historical phenomenon: a regional and multi-level approach to health care in German, British and Independent East Africa (2010), S. 99.

in einem Zeitraum zwischen dem 19. Jahrhundert bis zur Zwischenkriegszeit des 20. Jahrhunderts verortet wird. Dabei behandelt die Mehrzahl der Publikationen die Aktivitäten protestantischer Missionsgesellschaften und protestantischer medizinischer Einrichtungen. Beispiele für solche Arbeiten sind David Hardimans Sammelband „Healing bodies, saving souls: medical missions in Asia and Africa“ oder Fiona Schultes Dissertation „Heil und Heilung. Entwicklung und Bedeutung der medizinischen Arbeit in der Herrmannsburger Mission von 1849 bis 1945“.

Wichtige Werke der Forschungsliteratur zu den Themen Missionsmedizin, Kolonialmedizin, Entwicklungszusammenarbeit sowie Gesundheitssystemen sind Christoffer Grundmanns Habilitationsschrift „Gesandt zu heilen! Aufkommen und Entwicklung der ärztlichen Mission im neunzehnten Jahrhundert“, Anne Digbys „Diversity and division in medicine: health care in South Africa from the 1800s“, Nancy Rose Hunts „A colonial lexicon of birth ritual, medicalization and mobility in the Congo“, Terence Rangers Aufsatz „Godly medicine: the ambiguities of medical mission in Southeastern Tanzania, 1900–1945.“ in Feermans Sammelband „The social basis of health and healing in Africa“, John M. Janzens „The quest for therapy in Lower Zaire“, David Arnolds Sammelband „Imperial medicine and indigenous societies“, Anne Digbys Sammelband „Crossing colonial historiographies. Histories of colonial and indigenous medicines in transnational perspective“ oder Hubertus Büschels Sammelband „Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit“. Zum Themenkomplex der außereuropäischen Krankenhausgeschichte ist Mark Harrisons Sammelband „From Western Medicine to Global Medicine. The Hospital beyond the West“ anzuführen, der Walter Bruchhausens Aufsatz „Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century“ und David Hardimans Aufsatz „The Mission Hospital, 1880–1960“ enthält. Im Jahr 2013 erschien ein Aufsatz von Barbra Mann Wall unter dem Titel „Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980.“ in Fleischmanns Sammelband „Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism“.

Wall bezieht ihren Aufsatz auf zwei katholische weibliche Ordensgemeinschaften, nämlich die Medical Mission Sisters aus Philadelphia (USA), die in Uganda, Kenia, Ghana und Südafrika tätig waren, und auf die Medical Missionaries of Mary aus Irland, die ihren

Arbeitsschwerpunkt in Nigeria, Malawi, Tansania, Uganda und Kenia hatten. Zu Beginn ihres Aufsatzes weist sie eindrücklich daraufhin, dass Quellen aus der Feder von Missionaren über lange Zeit nicht im Fokus des Interesses der Historiker gestanden hätten.⁷

Zum MI Würzburg als wichtiger Institution katholischer Missionsmedizin sind folgende Dissertationen erschienen: Lioba Essens „Katholische Ärztliche Mission in Deutschland 1922–1945. Das Würzburger missionsärztliche Institut: seine Absolventinnen und Absolventen, die Arbeitsfelder“ und Wolfgang Leischners „Medical Missions in Rhodesien / Zimbabwe. Zur Geschichte der Missionshospitäler der Erzdiözese Bulawayo und den Biographien ihrer leitenden Ärztinnen“. Vom MI selbst wurde unter dem Pater Direktor des MI, Dr. Eugen Prucker, das Jahrbuch „Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964“ herausgegeben. Es folgte anlässlich des 50jährigen Jubiläums die Schrift „Heilung und Heil. Missionsärztliches Institut, Würzburg 1922–1972“, welche von P. Direktor des MI Prof. Dr. Urban Rapp verfasst wurde und die Berichte von Missionsärzten bis 1972 enthält. Anlässlich des 75jährigen Jubiläums wurde die Schrift „Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997“ veröffentlicht, die eine Sammlung von Berichten und Reportagen der Personen umfasst, die für das MI ausgesandt waren, bei ihm arbeiteten und es prägten. So enthält es einen Bericht der 1997 im Amt der Generalleiterin der GMH tätigen Anne Siebers über die Geschichte der GMH und Reporte zu ausgewählten Missionskrankenhäusern, aus der Feder der zuständigen ehemaligen Leiterinnen der Hospitäler, die zur Gemeinschaft der Missionshelferinnen gehörten.

Betrachtet man die Personen, die mit der Missionsmedizin in der Literatur in Verbindung gebracht werden, wird deutlich, dass es sich in der Mehrzahl um Mediziner männlichen Geschlechts handelt.

Die Literatur zum Thema der Entwicklungshilfe, die später Entwicklungszusammenarbeit⁸ genannt wird, ist eng mit der Gründung und der Geschichte internationaler supranationaler Institutionen wie der der Vereinten Nationen nach Ende des Zweiten Weltkrieges verbunden. Säkulare Vorstellungen staatlicher und nicht staatlicher, nationaler und internationaler Institutionen und Organisationen bestimmten die Richtung und Deu-

⁷ Wall, B. M.: Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980 (2013), S. 90, 95f..

⁸ Seit den 1980er Jahren des 20. Jhd. ersetzte der Begriff der Entwicklungszusammenarbeit den der Entwicklungshilfe, um sprachlich das Begegnen von Geber und Empfänger auf Augenhöhe und zu beiderseitigem Nutzen auszudrücken. Vgl. Büschel, H.: Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit (2009), S. 7.

tungshoheit innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit. Daraus ergibt sich, dass sich wissenschaftliche Literatur zur Geschichte der Entwicklungshilfe auf säkulare Entwicklungen und Institutionen fokussiert. Als solches Beispiel sei hier Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrg.) „Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit“ angeführt. Im Themenfeld der Entwicklungszusammenarbeit wiederum ist der Bereich der Gesundheit und der Medizin nur ein Teilaspekt.

In Abgrenzung und Ergänzung zu diesen Hauptströmungen bisheriger Forschung, möchte ich mich in meiner Arbeit mit dem in der Forschungsliteratur Untypischen der Missionsmedizin – so will ich es nennen – befassen. Darin liegt auch das Neue, der Erkenntnisgewinn, den die Analyse der Geschichte der GMH leisten soll.

Das Untypische kann durch folgende Schlagworte charakterisiert werden:

Missionshospitäler im postkolonialen Zeitraum, katholische Missionsmedizin, Frauen als Trägerinnen des missionsärztlichen Gedankens, religiös motivierte Gesundheitsfachkräfte in der Entwicklungszusammenarbeit und die Krankenpflege als Teil der Missionsmedizin.

IV. Gesundheitsarbeit zwischen Missionsmedizin und Entwicklungszusammenarbeit

A. Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH)

1. Vorgeschichte

Am 3. Dezember 1922 wurde das Missionsärztliche Institut, Würzburg als Laieninstitut unter der maßgeblichen Mitwirkung von Ordensleuten gegründet. Dies war ein Grundstein für die Professionalisierung der medizinischen Versorgung in den Einrichtungen der deutschen katholischen Missionen.⁹

In den Zwischenkriegsjahren (1922–1939) bestand der Tätigkeits- und Aufgabenbereich des Missionsärztlichen Instituts darin, medizinischer Ausbildungsort für Missionskräfte zu sein. So wurden schon ab Sommer 1922 in Zusammenarbeit mit dem Juliusspital Würzburg Krankenpflegekurse für Missionsschwestern und -brüder organisiert und sechswöchige Medizinkurse für Missionare angeboten. Prof. Dr. Pater Beckers (Salvatorianer)¹⁰ generelles Konzept bestand darin, dass die Missionsgenossenschaften die Ausbildungskosten für die Medizinstudenten tragen und diese sich im Gegenzug per Eid verpflichten sollten, der Mission für 10 bis 15 Jahre zur Verfügung zu stehen. Dennoch kam schon von Beginn an eine Reihe von Studenten selbst für ihre Studien auf. Für Studenten wurde ein Wohnheim errichtet, in dem die Studenten neben den medizinischen Studien geistliche Betreuung erhielten. Da aber auch etliche bereits voll ausgebildete Mediziner dem Institut beitraten, konnte schon ab 1924 mit der Aussendung der MissionsmedizinerInnen begonnen werden.¹¹

Bis zum Jahr 1939 wurden über das Missionsärztliche Institut 28 Ärzte, 16 Ärztinnen und 3 Krankenschwestern in folgende Länder ausgesandt: Uganda, China, Brasilien, Südafrika, Zimbabwe, Indonesien, Neuguinea, Nigeria, Australien, Bolivien, Basutoland, Südwestafrika, Ostafrika und Palästina.¹²

⁹ Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 11.

¹⁰ Erster Direktor des Missionsärztlichen Instituts 1922–1937.

¹¹ Heuer, L.: das Missionsärztliche Institut (2001), S. 146, S. 148f., S.151; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 17; Essen, L.: Katholische Ärztliche Mission (1991), S. 23, 26, 28.

¹² Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 18; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 52, 54.

Der Ausbruch des Krieges machte eine Fortführung der Arbeit unmöglich, da die im Einsatz tätigen Ärzte von den Alliierten interniert, das Institutsgebäude von der Wehrmacht beschlagnahmt und die Studenten zum Kriegsdienst eingezogen wurden.¹³

Obwohl bereits im Jahr 1924 die Ärztin Dr. Anna Dengel¹⁴, die in Indien tätig war, mit der Absicht, als Ordensfrau und Missionsärztin leben zu wollen, an P. Becker herantrat, wurde von der Seite des MI in der Zwischenkriegszeit nicht über die Gründung einer dem Institut dienenden Gemeinschaft von Ärztinnen und Krankenschwestern nachgedacht oder dies in Erwägung gezogen. Auch deutet die Anzahl der ausgesandten 3 Krankenschwestern in der Zwischenkriegszeit daraufhin, dass für die Institutspolitik dem krankpflegerischen Aspekt der missionsmedizinischen Tätigkeit im Vergleich zum ärztlichen ein geringer Stellenwert zugemessen wurde bzw. weniger Bedarf an Pflegepersonal bestand.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Ausrichtung des missionsärztlichen Dienstes durch das MI neu bestimmt. Während vor dem Krieg Missionsärzte und Missionsärztinnen als Einzelpersonen in diözesane Einrichtungen zur ärztlichen Tätigkeit entsandt wurden, beschloss das MI, nach dem Krieg eigene Missionshospitäler in den Missionsländern zu gründen bzw. diözesane Krankenhäuser aufzubauen oder zu übernehmen, wenn Missionsdiözesen diesbezüglich an das MI herantraten.¹⁵

Dies erforderte in verstärktem Maße nicht nur Ärzte, sondern auch Krankenschwestern, Hebammen, medizinisch technische Assistentinnen und Apothekerinnen, die die Hospitäler mitgestalten, aufbauen und leiten sollten. Mit der Gründung eines eigenen Hospitals, „der Missionsärztlichen Klinik“, in Würzburg 1952, als eigener Ausbildungsstätte, war dafür die Voraussetzung geschaffen.¹⁶

Ebenso wurde die Gründung einer Gemeinschaft von Missionshelferinnen innerhalb des MI durch den Gedanken vorangetrieben, dass die Hospitäler neben den nur für eine gewisse Zeitspanne tätigen und öfters wechselnden MissionsärztInnen ein Stabilität und Kontinuität gebendes Personal benötigten.

¹³ Heuer, L.: das Missionsärztliche Institut (2001), S. 152; Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber: Jahrbuch 1964, S. 20.

¹⁴ Dr. Anna Dengel war zu Besuch bei P. Becker. Sie erzählte ihm davon, in ein Kloster eintreten zu wollen. P. Becker riet ihr ab und empfahl ihr, für das Missionsärztliche Institut in Indien tätig zu werden. Dr. Anna Dengel gründete 1925 in den USA die Gesellschaft für katholische Missionsärztinnen – eine Laiengemeinschaft, aus der sich ein Orden entwickeln sollte. Vgl. Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 24.

¹⁵ Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 33.

¹⁶ Missionsärztliche Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 30, 32.

So schrieb 1964 Augustinerpater Dr. Eugen Prucker, 5. Direktor des MI von 1953–1965 und Superior der GMH:

„Der Gedanke, eine Gemeinschaft von Helferinnen für die Mission zu gründen, entstand durch die Notlage, in der sich die Missionsstationen, Missionsbischöfe, Missionare und Missionsärzte oft befanden, wenn ihnen bei den entsagungsvollen Arbeiten und der Pflege der Kranken keine Ärztinnen und Krankenschwestern hilfreich und auf Dauer zur Seite standen. Einzelne Ärztinnen und Krankenschwestern waren wohl seit Jahren vielfach in den Missionen segensreich tätig, sie konnten aber allein nicht die Stabilität der einzelnen Gründungen garantieren, und so mussten oft die Missionen in den verheißungsvollen Anfängen steckenbleiben. Hatte nicht auch der Heiland selber, bevor Er die Kranken heilte, den Glauben verlangt. So waren schon früh, vor 25 Jahren, einige Schwestern und Hebammen vom Missionsärztlichen Institut Würzburg ausgesandt worden, aber ohne eine Gemeinschaft zu bilden. Wie die Erfahrung lehrte, waren aber alleinstehende Missionare und Missionarinnen im Krankheitsfall und bei der durch Tropenschädigung verursachten Arbeitsunfähigkeit nicht imstande, sich selbst zu versorgen; außerdem fehlte ihnen meist in ihrer Einsamkeit auf schlecht besetzten und oft primitiven Missionsstationen der religiöse und menschliche Halt und die Geborgenheit, die nur durch eine Familie oder durch eine Gemeinschaft gewährleistet werden kann.“¹⁷

Das MI erhielt nach dem Krieg viele Anfragen aus den Missionen, medizinisches Fachpersonal in kirchliche Einrichtungen in die Missionen zu entsenden, dort Krankenhäuser zu errichten oder zu übernehmen, wofür man viel qualifiziertes Personal aller medizinischen Berufe¹⁸ benötigte. Die MissionsärztInnen wirkten bis dahin – wie es vor dem Krieg die Regel war – als Laien für 10 Jahre in den Missionshospitälern und verließen dann die Einrichtungen, meistens aus familiären Gründen, da die Kinder in den Missionsstationen nicht die Bedingungen angemessener Ausbildung erhalten konnten. War es nicht möglich, neues europäisches medizinisches Personal zu gewinnen, mussten die medizinischen Aktivitäten unterbrochen bzw. beendet werden. Gerade für die zu besetzenden und zu bauenden Hospitäler war es aber wichtig, Personal zu finden, das die

¹⁷ Missionsärztliche Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 31.

¹⁸ Vgl. Ordner Mitgliederversammlung I 1921–1969. Jahr 1949 Notizen und Gedanken zur Statutenreform für die weiblichen Mitglieder des Institutes: „Die Ausbildung von Laienkrankenschwestern, Hebammen, Verwaltungsschwestern muß an die erste Stelle gerückt werden, weil diese von den meisten Missionen noch dringender gewünscht werden als Ärzte, weil sie uns fähiger machen, institutseigene Krankenhäuser aufzubauen, weil wir mit ihnen und den Ärztinnen Arbeitsgruppen aufstellen können“.

Leitung, den Aufbau und die Führung als Lebensaufgabe betrachtete, um die Perioden, in denen die Dispensaires und Hospitäler nicht mit medizinischem Fachpersonal besetzt waren, zu vermeiden. Der Gedanke, einheimisches Personal in den Gesundheitseinrichtungen der Missionen eigenverantwortlich einzusetzen, hatte sich zu Beginn der fünfziger Jahre innerhalb des MI nicht durchgesetzt. Ebenso fehlten den Einrichtungen des MI die Strukturen für deren Ausbildung.

All dies belegt, dass sich Ende der 1940er Jahre eine Situation eingestellt hatte, welche hinsichtlich der Anforderungen mit den Zeiten vor dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr zu vergleichen war. Es wurde deshalb schnell klar, dass mit missionsärztlichem „Einzelkämpfertum“, wie es P. Dr. Eugen Prucker in obigem Zitat eindringlich beschrieb, die neuen Aufgaben nicht gemeistert werden konnten. Daraus ergab sich zwangsläufig die Notwendigkeit nach wohl organisierten und effektiven Strukturen zu suchen, die letztendlich auch in die Gründung der GMH mündeten.

So wurde auf Betreiben des MI beschlossen, eine religiöse Gemeinschaft für Ärztinnen, Hebammen, Krankenschwestern und Medizinisch-technische Assistentinnen, sowie Frauen mit Ausbildungen im Bereich der Verwaltung und des Haushalts, die Freiräume für das medizinisch tätige Personal im Alltag schaffen sollten, zu gründen. Diese sollten die Leitung, den Aufbau und die Fortführung von Gesundheitseinrichtungen als voll ausgebildete medizinische Fachkräfte in den Missionsländern leisten. Die Gründung wurde am 18.12.1953 durch den Bischof von Würzburg Dr. Julius Döpfner mündlich mit Annahme der Statuten vollzogen.¹⁹ Sicherlich spielte bei der Gründung der GMH auch die Tatsache eine Rolle, dass man hoffte, dadurch Probleme und Spannungen, die sich aus dem Verhältnis von Laie, der der MissionsarztIn war, und den Missionen zu lösen.²⁰

Einige Vorteile einer religiösen Gemeinschaft lagen auf der Hand:

Ihr Einsatz als medizinische Fachkräfte war ökonomischer²¹ für die Missionen als ein Missionsarzt mit Familie. Ein Leben der Schwestern nach den evangelischen Räten Armut, Ehelosigkeit und Gehorsam entsprach eher dem Verständnis der Missionen bezüg-

¹⁹ Missionsärztliche Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 95.

²⁰ Vgl. Ordner Mitgliederversammlung I 1921–1969. Jahr 1949 Notizen und Gedanken zur Statutenreform für die weiblichen Mitglieder des Institutes: die Kritikpunkte am Modell der LaienärztInnen sind folgende Punkte: zu starke finanzielle Belastung für die Mission (Versorgung der Missionsarztfamilie); „nicht genügend religiös-asketische Ausbildung“; Einmischen der Mission in ärztliche Dinge; keine Altersversorgung der Ärzte, keine religiöse Betreuung der Missionsärzte vor Ort.

²¹ Archivbox GMH 5. Vertrag zwischen MI und GMH von 1967.

lich der Lebensführung eines in der Mission und für sie Tätigen und bot daher weniger Konfliktpotential.

Die Frage der Altersversorgung der Missionsärztinnen schien durch eine Lebensform in Gemeinschaft gelöst zu sein. Die Idee, religiöses Gemeinschaftsleben für eine bestimmte Gruppe von Personen, die den Berufen der Gesundheitsversorgung angehörten, zu schaffen, war allerdings keinesfalls selbstverständlich. So war die Ausübung des Heilberufes durch Ordensleute von Seiten der katholischen Kirche lange Zeit restriktiv gehandhabt und teilweise nicht gern gesehen worden, da die Sorge um den Leib von der eigentlich wichtigen Sorge um die Seele ablenke. Ordensleuten und Priestern war die Ausübung ärztlicher Tätigkeit nur in Ausnahmefällen und unter bestimmten Bedingungen gestattet gewesen und erst mit Pius XI wurde in der Zwischenkriegszeit die ärztliche Tätigkeit für Ordensleute erleichtert.²² Dies in Verbindung mit Einschränkungen der Reisemöglichkeiten bei Ordensleuten (Ordensfrauen durften nur zu zweit reisen) und dem laienartigen Charakter des MI führten dazu, dass die GMH nicht als Ordensgemeinschaft oder Kongregation im Jahr 1953 gegründet wurde. Man wählte die Form einer religiösen Laiengemeinschaft „Pia unio“, die die evangelischen Räte der Armut, der Ehelosigkeit und des Gehorsams befolgte. Der laienartige Charakter der GMH, deren Mitglieder sich auf drei, dann auf fünf Jahre und schließlich auf Lebenszeit verpflichteten, erlaubte unter Wahrung einer religiösen Lebensform mehr Freiheit beim Handeln als medizinische Fachkräfte und wurde dadurch den Anforderungen medizinisch notwendigen Handelns besser gerecht. Aus dem Jahrbuch 1964 geht hervor, dass die Anzahl der Mitglieder dieser religiösen Gemeinschaft für weibliches medizinisches Fachpersonal, die in den Missionsländern ihr Tätigkeitsfeld sah, in wenigen Jahren auf über 100 Mitglieder (zeitlich und auf Lebenszeit Verpflichtete) anwuchs. Die anziehende Wirkung dieser religiösen Organisationsform und der Zulauf von medizinischem Personal²³ zur GMH hat seine Gründe in verschiedenen speziellen Zeitumständen der 1950er Jahre. So standen erstmals nach dem Krieg die Grenzen zu den Missionsländern wieder offen und Deutsche konnten in viele Länder einreisen. Des Weiteren herrschte in den Entwicklungsländern, die alle bis auf Südamerika Missionsländer waren, Bedarf an qualifi-

²² Bruchhausen, W.: Medizin zwischen den Welten (2006), S. 29, 32.

²³ Ende 1964 gehörten 115 Frauen zur Gemeinschaft, davon vierzehn mit ewiger Verpflichtung. 38 Mitglieder arbeiteten in den Missionen im Ausland, vgl. Missionsärztliche Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 115.

ziertem Personal des Gesundheitssektors, was durch die wachsenden Anfragen aus den Missionen an das MI belegt ist. In den Missionsländern war es zudem das Ziel der katholischen Kirche, neben einer Infrastruktur des Gesundheitswesens parallel kirchliche Strukturen zu schaffen oder auszubauen. Außerdem galt, dass wenn eine Krankenschwester oder Hebamme in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen in der Mission tätig werden wollte, sie sich einer Gemeinschaft anschließen musste. Die Werbung der Missionsorden und -gemeinschaften in den Missionszeitschriften, die große Kinderzahl vieler Familien, die breite Verwurzelung katholischen Glaubens in der Gesellschaft verschiedener deutscher Regionen in Verbindung mit der erneuten Zuwendung vieler Menschen zum christlichen Glauben nach der Zeit nationalsozialistischer Gewaltherrschaft hat ebenso einen Beitrag bei der Entwicklung der Gemeinschaft der Missionshelferinnen geleistet. Ab Mitte der 1960er Jahre ging die Anzahl der Eintritte von Ärztinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Medizinisch-technischen Assistentinnen in die GMH stetig zurück. Ursache war v.a. die abnehmende Bereitschaft junger Menschen, sich an eine religiöse Gemeinschaft auf Lebenszeit zu binden. Aber auch das Entstehen vermehrter alternativer Möglichkeiten zum Auslandseinsatz bei anderen Organisationen wie der Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH) trug seinen Anteil bei. Diese neuen Organisationsformen ermöglichten es jungen Menschen, für eine begrenzte Zeit – meistens drei Jahre – in kirchlichen Einrichtungen der Missionsländer zu arbeiten, ohne die Lebensform religiöser Gemeinschaften annehmen zu müssen.

2. Organisation der GMH

In den Anfängen der Gemeinschaft war der Direktor des MI gleichzeitig der Superior²⁴ der Gemeinschaft der Missionshelferinnen. Die Wahl einer eigenen Generalleiterin im Jahr 1964, die von da an alle fünf Jahre stattfand, ließ die Gemeinschaft personell unabhängiger werden. Im Jahr 1965 wurde schließlich die Personalunion vom Direktorenamt des MI und vom Superiorenamt der GMH aufgehoben. Fortan wurde das Superiorenamt von Augustinerpatres übernommen, denen auch der Direktor des MI P. Dr. Eugen Prucker angehört hatte. Die GMH war kooperatives Mitglied des MI, dessen zwei

²⁴ Synonym für Ordensoberer (geistlicher Vorsteher einer Ordensgemeinschaft).

tragende Säulen der Missionsärztliche Bund²⁵ und die GMH waren. Ebenso war die GMH in den Gremien der Mitgliederversammlung (4 von 22)²⁶ und des Verwaltungsrats vertreten und arbeitete in der Missionsärztlichen Klinik Würzburg mit. Die Schwestern traten der Gemeinschaft entweder als bereits ausgebildete Gesundheitsfachkräfte bei oder erhielten in der Krankenpflegeschule der Missionsärztlichen Klinik eine Ausbildung zur Krankenschwester oder Hebamme. Angehende Ärztinnen wurden während ihres Medizinstudiums von der Gemeinschaft unterstützt; außerdem erhielten sie eine geistliche Vorbereitung für den künftigen Einsatz in der Mission, die zunächst in Mersch und später in Würzburg stattfand. Die Schwestern der GMH gingen danach in Gruppen von drei oder mehr Personen in die Missionsländer Afrikas und Asiens und übernahmen dort Aufgaben der Gesundheitsversorgung für Diözesen und Ordensgemeinschaften der Augustiner, Mariannhiller, Jesuiten und Oblaten, die um Unterstützung über das MI oder direkt bei der Gemeinschaft gebeten hatten. Die Errichtung der GMH als Säkularinstitut nach Diözesanrecht erfolgte am 18.10.1976, um der GMH eine feste juristische Form zu geben. In Afrika und Indien versuchte man, einheimische Zweige der Gemeinschaft aufzubauen, was in Indien gelang und am 15.06.1977 zur provisorischen Gründung einer eigenen Region führte, der durch den Beschluss der Hauptversammlung vom 19.04.1994 Rechte der Generalleitung übertragen wurden. Dies führte zu einer organisatorischen Trennung in eine indische und eine deutsche Region. Die Beendigung der kooperativen Mitgliedschaft der GMH in den Gremien des MI wurde am 19.04.94 vollzogen. Die Gründe dafür liegen in den Zeitumständen der 1990er Jahre. Denn die Gemeinschaft der Missionshelferinnen hatte in Deutschland wenig Nachwuchs und überalterte allmählich. Zudem wurde der Bedarf der Entwicklungsländer an medizinischem Personal v. a. im Bereich der Krankenpflege mehr und mehr durch einheimisches Personal gedeckt. Außerdem verwandelten sich die Missionen in Ortskirchen. Somit existierte das klassische Missionsland immer weniger.²⁷

²⁵ Organisationsform der MissionsärztInnen, die nicht der Gemeinschaft der Missionshelferinnen angehörten.

²⁶ Mitgliederversammlung MI MV III. Mitgliederversammlung 06.07.94.

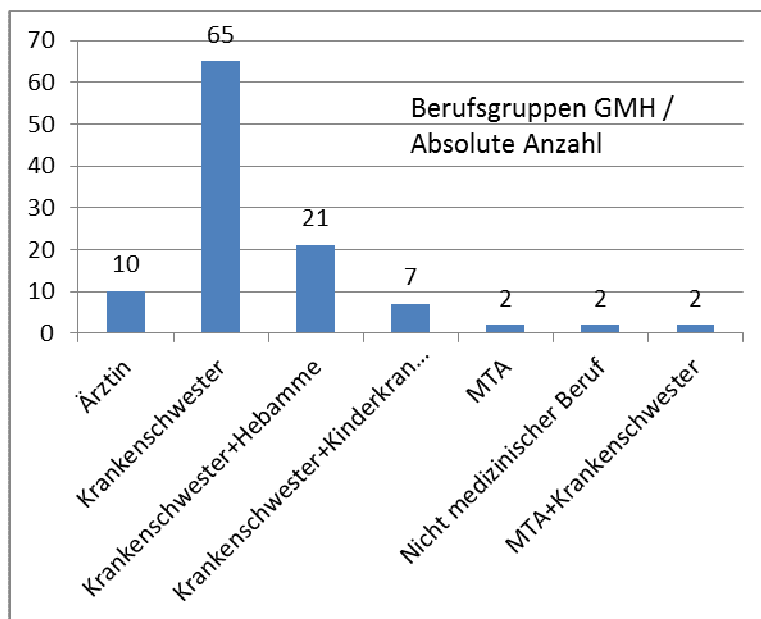
²⁷ Archivbox GMH 5. Aufstellung der wichtigen Ereignisse mit Jahreszahlen der Gemeinschaft der Missionshelferinnen; Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964.

3. Kennzahlen zur GMH

Insgesamt waren 109 Schwestern der GMH im Missionseinsatz in Gesundheitseinrichtungen der Länder Afrikas und Asiens tätig.²⁸ Untersucht man die Zugehörigkeit der Schwestern der GMH zu bestimmten Berufsgruppen, lässt sich festhalten, dass 10 Ärztinnen, 65 Krankenschwestern, 21 Krankenschwestern mit zusätzlicher Hebammenausbildung, 7 Krankenschwestern mit zusätzlicher Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, 2 Medizinisch-technische Assistentinnen, 2 Krankenschwestern mit zusätzlicher Ausbildung zur MTA und 2 Schwestern aus nicht medizinischen bzw. krankenpflegerischen Berufen der GMH angehörten. Folgende Tabelle bzw. Grafiken fassen diese Zahlen der Berufsgruppenzusammensetzung der GMH zusammen.

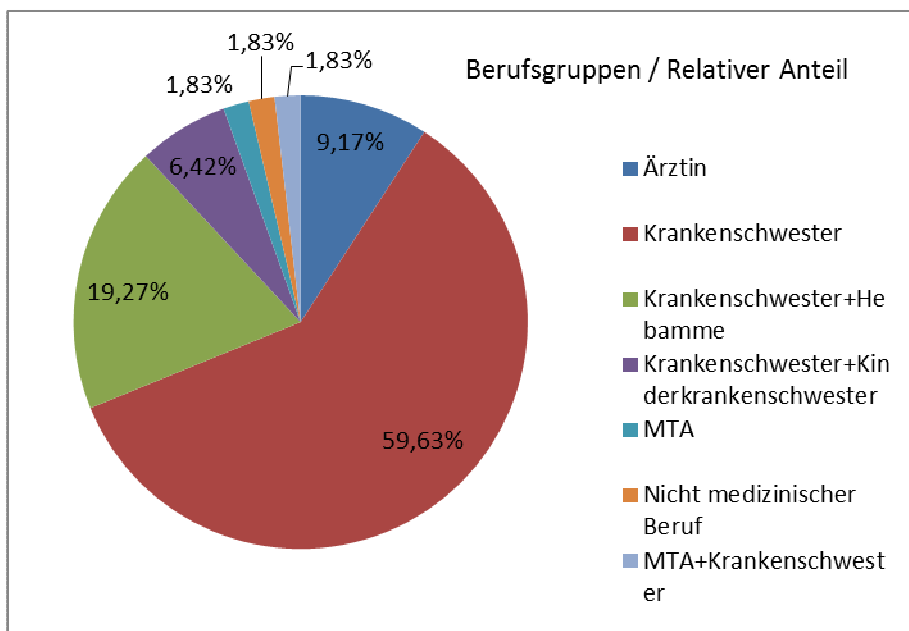
Beruf	Ärztin	Kranken- schwester	Kr. Sr.+ Hebamme	Kr. Sr.+ Kinderkr. Sr.	MTA	Nicht medizi- nischer Beruf	MTA+Kr. Sr.	Gesamt
Absolut	10	65	21	7	2	2	2	109
Relativ	9,17%	59,63%	19,27%	6,42%	1,83%	1,83%	1,83%	100,00%

Tabelle 1: Berufsgruppenzusammensetzung der GMH absolut und relativ



Grafik 1: Absolute Anzahl der Schwestern der GMH nach Berufsgruppen

²⁸ Vergleiche Zusammenstellung der in den Missionsländern tätigen Schwestern im Anhang (Nr. 1) und Projektaufstellung (Nr. 2).

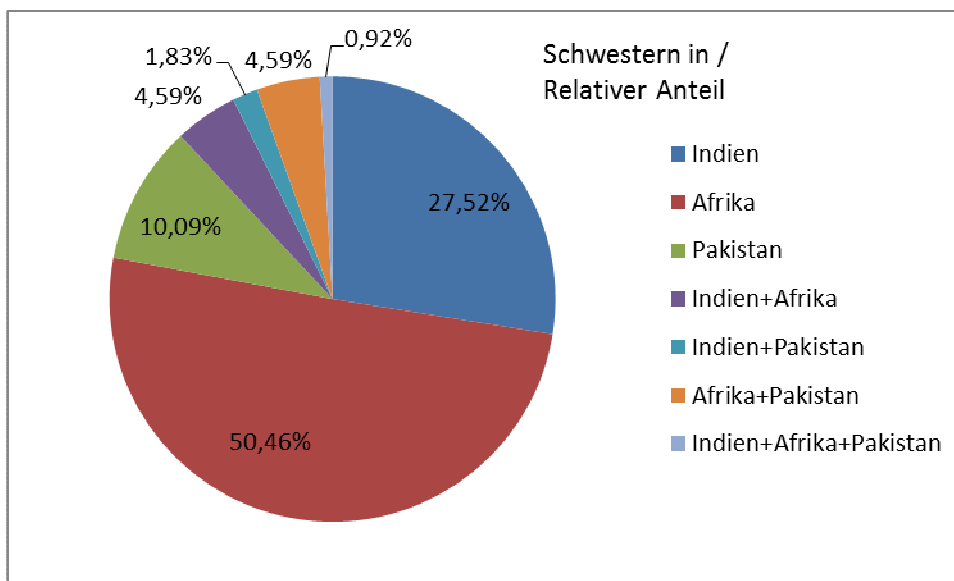


Grafik 2: Relativer Anteil der Berufsgruppen

Bei der Auswertung der Zusammenstellung der in den Missionsländern tätigen Schwestern nach übergeordneten Einsatzgebieten, zeigt sich, dass mehr als 50 % der Schwestern der GMH als Gesundheitsfachkräfte in Afrika im Einsatz waren. An zweiter Stelle mit doch deutlichem Abstand mit einem prozentualen Anteil von 27,52% folgt Indien. An dritter Stelle liegt Pakistan mit 10,09 %. Ein geringer Anteil der Schwestern war in Afrika und Indien oder Pakistan bzw. deren Kombinationsmöglichkeit tätig (11,93%).

Schwestern in	Indien	Afrika	Pakistan	Indien+ Afrika	Indien+ Pakistan	Afrika+ Pakistan	Indien+Afrika+ Pakistan	Gesamt
Absolut	30	55	11	5	2	5	1	109
Relativ	27,52%	50,46%	10,09%	4,59%	1,83%	4,59%	0,92%	100,00%

Tabelle 2: Anzahl der in Afrika, Indien und Pakistan bzw. deren Kombinationsmöglichkeiten tätigen Schwestern der GMH absolut bzw. relativ

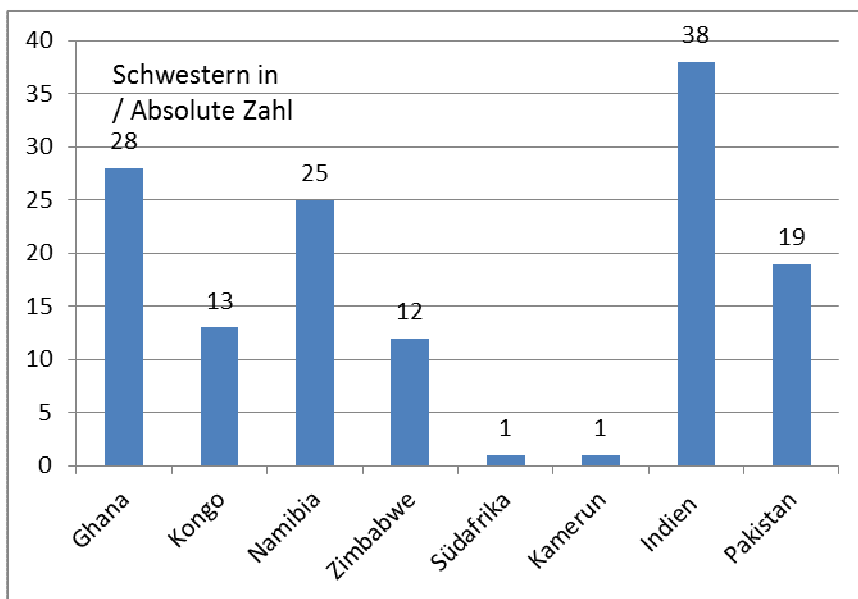


Grafik 3: Relativer Anteil von Schwestern mit Einsatz in Afrika, Indien und Pakistan

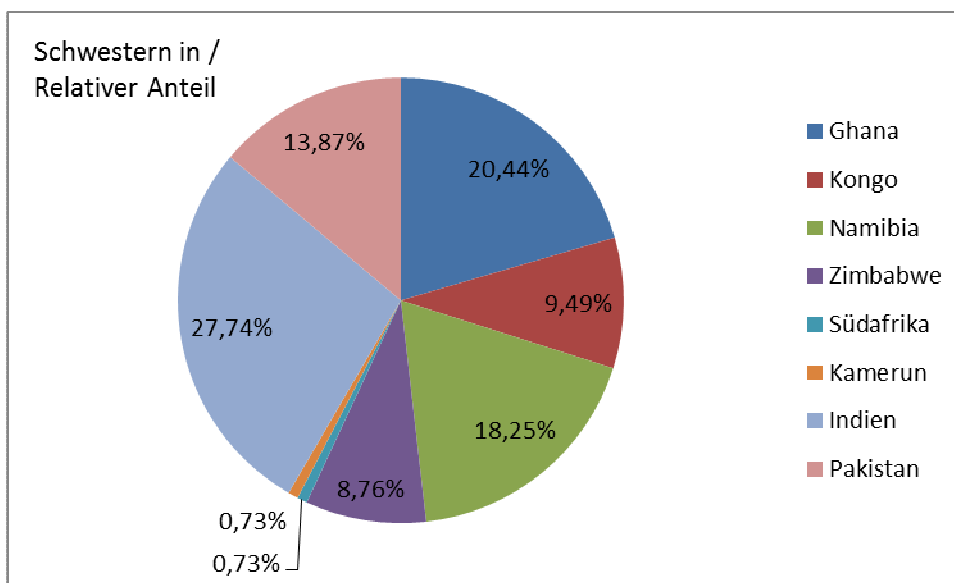
In insgesamt 8 Ländern lagen die Projekte der GMH. Dabei handelt es sich um Ghana, Kongo, Namibia, Zimbabwe, Südafrika, Kamerun, Indien und Pakistan. Unter den Ländern, in denen Schwestern der GMH arbeiteten, nimmt Indien mit 27,74% den ersten Platz ein. In Afrika war die größte Anzahl von Schwestern in Ghana (20,44%) tätig. Es folgen in absteigender Reihenfolge Namibia (18,25%), Kongo (9,49%) und Zimbabwe (8,76%). Folgende Tabelle bzw. Grafiken fassen die Anzahl der in den 8 Ländern im Einsatz befindlichen Schwestern der GMH zusammen.

Schwester in	Ghana	Kongo	Namibia	Zimbabwe	Südafrika	Kamerun	Indien	Pakistan	Gesamt
Absolut	28	13	25	12	1	1	38	19	137
Relativ	20,44%	9,49%	18,25%	8,76%	0,73%	0,73%	27,74%	13,87%	100,00%

Tabelle 3: Anzahl der Schwestern mit Einsatz im jeweiligen Land absolut bzw. relativ.

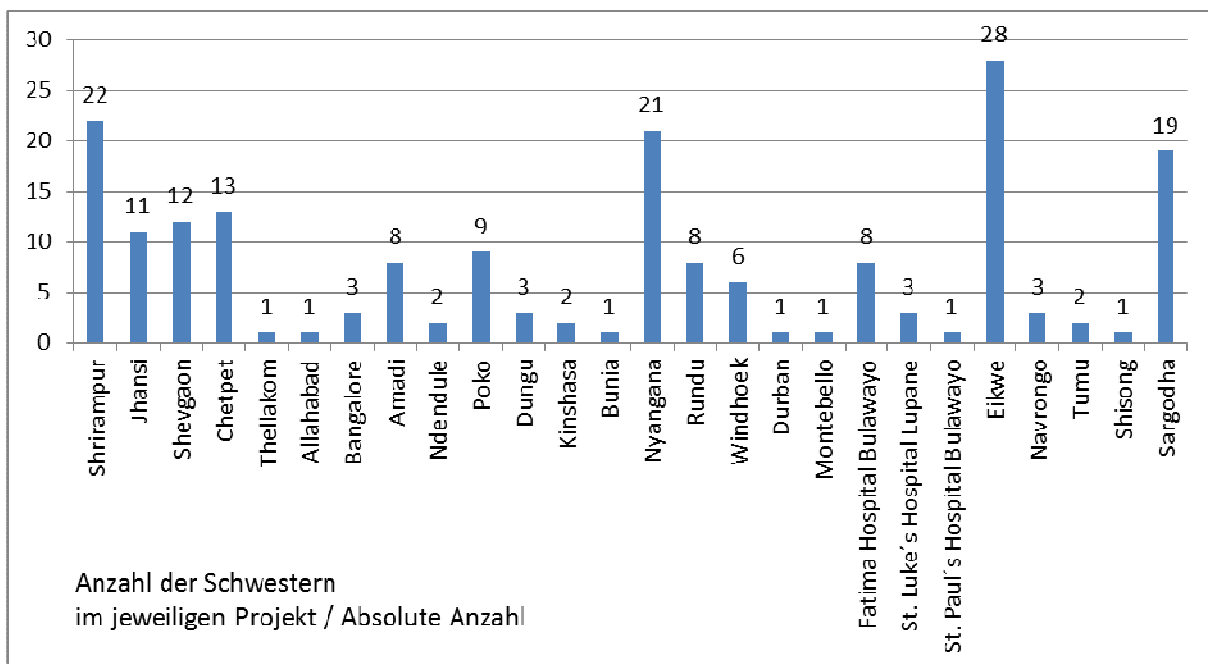


Grafik 4: Anzahl der Schwestern mit Einsatz im jeweiligen Land absolut



Grafik 5: Relativer Anteil der Schwestern mit Einsatz im jeweiligen Land

Innerhalb der 8 Länder befanden sich insgesamt 26 Projekte der GMH. Die Anzahl der dort tätigen Schwestern reicht von einer bis hin zu 28. Wertet man die Projektebene in Bezug auf die dort zum Einsatz gekommenen Schwestern aus, lässt sich folgendes in einer Grafik dargestellte Ergebnis festhalten.

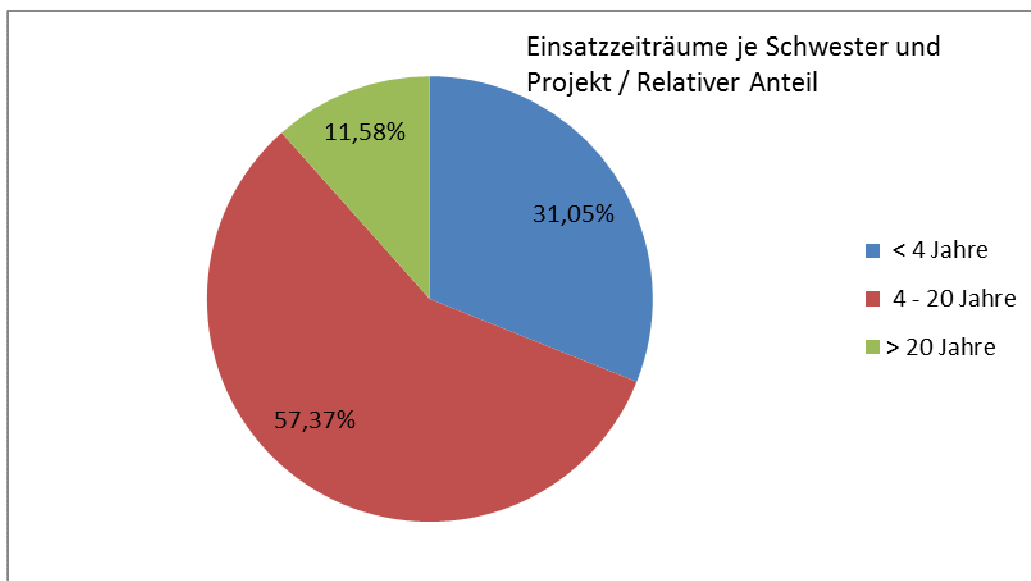


Grafik 6: Absolute Anzahl der Schwestern im jeweiligen Projekt.

An den oben dargelegten Auswertungen wird deutlich, dass von den 109 in der Mission tätigen Schwestern etliche in unterschiedlichen Projekten arbeiteten. Diese Überschneidung erklärt die Anzahl von 137 Ländereinsätzen jeweils bezogen auf eine Schwester und ein Land sowie insgesamt 190 Projekteinsätzen bezogen auf eine Schwester und ein Projekt. Bei der Auswertung der Projekteinsatzzeiträume wurden 3 Zeiträume unterschieden. Projekteinsatzzeiträume von weniger als 4 Jahren, zwischen 4 und 20 Jahren sowie mehr als 20 Jahren. Dabei kommt man zu folgendem in einer Tabelle und zwei Grafiken zusammengefasstem Ergebnis, dass 57,37% der Projekteinsatzzeiträume zwischen 4 und 20 Jahren betrugen. 31,05% waren kürzer als 4 Jahre und 11,58% länger als 20 Jahre.

Einsatzzeit- räume	< 4 Jahre	4 - 20 Jahren	> 20 Jahre	Gesamt
Absolut	59	109	22	190
Relativ	31,05%	57,37%	11,58%	100,00%

Tabelle 4: Einsatzzeiträume je Schwester und Projekt absolut bzw. relativ



Grafik 7: Relativer Anteil der Projekteinsatzzeiträume.

Gründe für die unterschiedliche Länge der Projekteinsatzzeiten gibt es viele. Bei Projekteinsatzzeiten über 20 Jahren wurde das Projekt von den Schwestern als Lebensaufgabe angesehen. Einsatzzeiten zwischen 4 und 20 Jahren sowie unter 4 Jahren ergaben sich aus dem Wechsel einer Schwester in ein neues Projekt, weil dort die Arbeitskraft benötigt wurde, neue Herausforderungen gesucht wurden oder persönliche Gründe den Anlass gaben. Kurzeinsätze von unter 4 Jahren lagen außerdem darin begründet, dass die Schwestern in Deutschland gebraucht wurden oder weil Klima bzw. Gesundheitszustand der Schwestern eine Rückkehr nach Deutschland erforderten. Addiert man die Einsatzzeiträume, die die Schwestern in einem Projekt verbracht haben, ergibt sich folgendes in einer Tabelle zusammengefasstes Ergebnis.

Projekt	Einsatzjahre gesamt
St. Luke's Hospital in Shrirampur	282
St. Jude's Hospital in Jhansi	66
Nityaseva Hospital in Shevgaon	98
St. Thomas Hospital und Leprazentrum in Chetpet	270
Thellakom	1
Allahabad	22
Bangalore	28
Regierungshospital Amadi / Arbeitsgruppe in Amadi	50
Entwicklungsprojekt Ndendule	16
Regierungshospital in Poko / Arbeitsgruppe in Poko	114
Krankenpflegeschule in Dungu	14
Kinshasa	2

Bunia	2
Sacred Heart Hospital in Nyangana	168
Regierungshospital in Rundu	46
Regierungshospital in Windhoek	24
King Edward VIII Hospital in Durban	3
Missionskrankenhaus Montebello	7
Fatima Hospital in Bulawayo	78
St. Luke's Hospital in Lupane	6
St. Paul's Hospital	3
St. Martin de Porres Hospital in Eikwe	282
Basisgesundheitsdienst in Navrongo	13
Basisgesundheitsdienst in Tumu	7
St. Elisabeth Hospital in Shisong	3
Fatima Hospital in Sargodha	138
Summe	1743

Tabelle 5: Einsatzjahre pro Projekt / gesamt

Die Gesamtsumme der Einsatzjahre, die die GMH in die Gesundheitseinrichtungen investiert hat, entspricht 1743 Einsatzjahren. Geht man davon aus, dass beispielsweise ein Entwicklungshelfer des Deutschen Entwicklungsdienstes im Durchschnitt 3 Jahre seines Lebens in der Entwicklungszusammenarbeit tätig ist, entspricht das Engagement der 109 Schwestern der GMH einem Einsatz von 581 Entwicklungshelfern.

4. Spiritualität der GMH

„Im Missionsauftrag der Kirche gesandt, lag unser Schwerpunkt im tätigen Dienst am Kranken Menschen und beim Aufbau von Missionshospitälern und Krankenpflegeschulen in Indien, Pakistan und in afrikanischen Ländern. Jesu Wort leitete uns: Heilet die Kranken, die dort sind und verkündet: die Herrschaft Gottes hat sich genahet (Lk 10,9).“²⁹

Aus diesen Worten einer Werbe- / Informationsbroschüre wird deutlich, dass die Schwestern, die zugleich Gesundheitsfachkräfte waren, ihr Tun grundsätzlich im Kontext der Verbreitung des katholischen Glaubens in den Missionsländern begriffen. Sie verstanden sich dabei allerdings primär nicht als Missionare, die das Wort Gottes verkündeten, sondern als religiös motivierte Krankenschwestern, Hebammen und Ärztinnen, die durch ihre Tat, nämlich den Dienst am Kranken, Zeugnis von der Botschaft des Christentums ablegten. Dieses Tun definierten sie nicht ausschließlich als karitative Aufgabe,

²⁹ Flyer Miteinander leben, glauben, Gemeinschaft erfahren und engagiert da sein aus dem Jahr 1997.

für kranke Menschen zu sorgen und Leid zu lindern im Sinne der Nächstenliebe, sondern auch darin, ihr medizinisches Wissen und die vorhandenen finanziellen Mittel mit den Menschen anderer Völker zu teilen, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufzubauen und die Einheimischen anzuleiten. Die bewusste Entscheidung für eine religiöse Lebensform nach den evangelischen Räten Armut, Ehelosigkeit und Gehorsam zeigt, dass diese Frauen ihr Leben am Evangelium orientierten, gemeinsames Gebet, geistliche Begleitung und die Feier der Eucharistie ihnen wichtig war. Mit der Errichtung eines Säkularinstituts im Jahr 1976 wurde der weltliche Charakter der religiösen Gemeinschaft, wie er in der Pia unio begonnen wurde, bekräftigt und fortgeführt. Es ging darum, eine Lebensform zu finden, die Gott geweiht ist und die es erlaubt, ohne die Einschränkungen von Ordensstrukturen zu arbeiten und dabei das Ziel, die Welt im Sinne des Heilsplanes umzuwandeln, zu verfolgen.³⁰

Schließen soll der Abschnitt über die Spiritualität der GMH mit einem Zitat von Sr. Christine Ott (GMH):

„The deeper reason which motivated us to come to India was a religious one. We wanted to live Christianity – not to preach not to convert, but to try to live the gospel.“³¹

In diesem Kontext muss das Handeln der Schwestern als Anbieter von Gesundheitsleistungen beim Aufbau und der Entwicklung der Gesundheitseinrichtungen betrachtet werden.

³⁰ Papst Paul VI hat am 28.08.76 die Grundzüge der Berufung im SI so charakterisiert: „Rückhaltloses Gott geweihtes Leben nach den evangelischen Räten und ein verantwortungsbewusstes Sein und Handeln in der Welt, das diese von innen her umwandeln soll.“ Vgl. Wesen und Ziel des Säkularinstituts: P. Berthold Meier OSA Referat zur Zwischenversammlung der Gemeinschaft der Missionshelferinnen, 18. bis 21. Oktober 1976.

³¹ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Aufzeichnung Sr. Christine Ott.

B. Von der GMH betreute Missionshospitäler und Gesundheitsprojekte

1. Indien



Abbildung 1: Indische und pakistanische Projekte der GMH³²

³² Die geographische Lage ist nicht maßstabsgetreu eingezeichnet. Kartengrundlage: Westermann Kartographie: Diercke Weltatlas (1996), S. 157; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 85; Kunth, W.: Grosser Atlas der Welt (1994), S. 106–110.

a) St. Luke's Hospital in Shrirampur



Abbildung 2: St. Luke's Hospital in Shrirampur³³

Shrirampur als Ort des Missionskrankenhauses

Der Jesuitenorden, der für die Missionsarbeit im Ahmednagardistrikt in der Diözese Poona, in dem die Stadt Shrirampur liegt, zuständig war, fasste Anfang der 1950er Jahre den Entschluss, in seinem Zuständigkeitsbereich einen Ort der Gesundheitsversorgung in Form eines Allgemeinen Krankenhauses für die Bevölkerung und für das eigene Missionspersonal³⁴ zu gründen. Als Name für das Hospital wählte man St. Luke's Hospital, um die christliche Herkunft der Gründer und Träger des Krankenhauses zu demonstrieren und auf die christliche Motivation für die Bereitstellung des Gesundheitsdienstes hinzuweisen. Als geeigneter Ort für eine Hospitalgründung wurde Shrirampur vom Jesuitenorden bestimmt. Das nächstgelegene Krankenhaus war 70 km entfernt in Ahmednagar. Shrirampur, das in Zentralindien, östlich von Bombay im Hochland des Deccan liegt und Teil des Maharashtra ist, war eine Kleinstadt von 10.000 Personen mit Eisenbahnanschluss. Die Region Shrirampur war vom Bauernvolk der Marathas besiedelt, deren Sprache Marathi war. Die Bevölkerung in Stadt und Umgebung war überwiegend arm, hinduistischen Glaubens und trotz Abschaffung des Kastensystems durch die indische Regierung gemäß diesem lebend gewesen. Das Kastensystem bestimmte Lebens-

³³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital.

³⁴ Der krankheitsbedingte Tod zweier Jesuitenpatres aufgrund fehlender medizinischer Versorgung machte die Notwendigkeit eines Krankenhauses in angemessener Reichweite akut.

form und Verhaltensweisen in Bezug auf Heirat, Ernährung, Berufswahl sowie Einordnung und Stellung innerhalb der Dorfgemeinschaft bzw. Gesellschaft. Arbeit fand der Großteil der Bevölkerung in der Landwirtschaft und den Zuckerrohrfabriken.³⁵

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Der Jesuitenorden stellte den Baugrund und leistete die Anschubfinanzierung für das Baumaterial über Darlehen und Spenden. Die Bauleitung übernahm mit Bruder Herbert der Jesuitenorden. Was noch fehlte, war medizinisches Personal zur Durchführung eines geregelten Krankenhausbetriebes. Vor diesem Hintergrund wandte sich der Jesuitenorden über P. Geisel und P. Plattner an den Direktor P. Dr. Jahn des Missionsärztlichen Instituts, das die Anlaufstelle für die missionierenden katholischen Orden in Fragen der Gesundheitsversorgung war. Die Aufgabe des MI bestand nun darin, ein Team von Ärzten und Pflegepersonal zusammen zu stellen, das ein Allgemeines Krankenhaus nach den Methoden und dem Wissensstand der westlichen Medizin für die Mission aufbauen und betreiben sollte. Eine Einigung über die Zusammenarbeit des Jesuitenordens mit dem MI wurde erreicht und in einem Vertrag, welcher die Rollen beider Institutionen regelte, juristisch fixiert. Hierbei wurde zwischen der Poona Catholic Educational Society der Jesuiten und dem MI Würzburg ein Pachtvertrag geschlossen. Der Jesuitenorden verpflichtete sich, auf seinem Grund ein Hospitalgebäude und eine Schwesternwohnung mit Nebenbauten zu errichten. Dieses wurde nach Fertigstellung an das MI verpachtet. Für die Einrichtung des Krankenhauses war das MI zuständig. Das MI hatte das Recht, den Grund samt Gebäuden zu erwerben. Für diesen Fall sollte das vom Jesuitenorden aufgenommene Darlehen vom MI übernommen werden. Das Pachtverhältnis war für die ersten 20 Jahre von Seiten der Jesuiten unkündbar. Der Jesuitenorden verpflichtete sich ferner, die Erweiterungsbauten am Hospital durchzuführen, sofern die Finanzierung durch das MI gesichert war.³⁶ Das MI führte das Hospital in Shrirampur auf dem Gebiet der Jesuitenmission eigenverantwortlich. Die Einmischung der Mission in Fragen der Hospitalverwaltung, der disziplinären Leitung der Krankenschwestern und der medizinischen Tätigkeit des Personals wurde ausgeschlossen. Gleichzeitig erfolgte das Bekenntnis des MI, sich in missionarischen und seelsorgerischen Fragen ganz der Mission

³⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Bericht von Sr. Christine Ott von 1990.

³⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Vertrag.

unterzuordnen. Man sicherte sich jegliche gegenseitige Unterstützung zu.³⁷ Durch die Förderung seitens privater, meist ausländischer Spender, des Auswärtigen Amtes, der päpstlichen Missionswerke in München und Aachen, durch Kredite der Jesuitenmission Poona³⁸ und durch Spenden von Misereor, das 1957 gegründet wurde, konnte das Allgemeine Krankenhaus immer besser ausgestattet werden.³⁹

Missionspersonal

Das Team, welches das MI für Shrirampur zusammenstellte, bestand aus einer Missionsärztin, Dr. Ludwina Betz⁴⁰, und 3 Krankenschwestern, Sr. Christine Ott⁴¹, Sr. Cäcilie Geissler und Sr. Benigna Thalhammer.

Da das Krankenhaus bei deren Ankunft im Jahr 1952 noch nicht fertig gestellt war und auch der Bau der anderen notwendigen Gebäude von den Jesuiten erst angefangen war, konnte die Arbeit im Krankenhaus nicht sogleich begonnen werden. Bis zur offiziellen Eröffnung des St. Luke's Hospital am 22.11.53 durch Bischof Andrew D'Souza und den deutschen Generalkonsul Herrn von Pochhammer verbrachten die Schwestern die Zeit in Poona, Vijayawada und Ratna, um ihre Sprachkenntnisse in Englisch und Marathi, der lokalen Sprache, zu verbessern bzw. zu erwerben und bei den Luzerner St. Anne's sisters in Vijayawada im Krankenhaus mitzuarbeiten.⁴² In Ratna, das als künftige Außenstation für das Krankenhaus in Shrirampur in Betracht gezogen wurde, hielt man eine Sprechstundenpraxis ab, weil aufgrund der herrschenden Umstände keine stationäre und operative Betreuung durchgeführt werden konnte. Die Schwestern arbeiteten in der Dispensary, in einer Nähstube und in der Küche. Die Wundversorgung der Patienten v. a. von Personen, die sich bei Unfällen in den Zuckerrohrfabriken leichte bis schwere Verletzungen zugezogen hatten, war anfangs ein wichtiger Teil der medizinischen Arbeit. Die Schwestern der GMH übernahmen ferner die Stationsarbeit, das Labor, die Nachtwache, die Ambulanz, das Röntgen und die Tätigkeit der Operationsgehilfin.⁴³ Sr. Cäcilie beispielsweise stellte destilliertes Wasser und die Infusionslösungen für

³⁷ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Protokoll.

³⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt: Brief des Missionsärztlichen Instituts an das Auswärtige Amt vom 20.01.53.

³⁹ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 17.11.62.

⁴⁰ Missionsärztin in Shrirampur von 1952–1954.

⁴¹ Krankenschwester und Leiterin des Hospitals: 1952–1989.

⁴² Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Bericht von Sr. Christine Ott von 1990.

⁴³ 1954: Sr. Benigna, Sr. Christine, Sr. Elisabeth, Sr. Maria, Sr. Caecilia vgl. Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 15.12.54.

die Patienten her.⁴⁴ Im Jahr 1954 wurde Dr. Betz von dem Ärzteehepaar Drs. Kronschnabel und Frl. Dr. Schlesiger abgelöst. Die ärztliche Betreuungssituation wurde damit wesentlich verbessert, da nun drei Ärzte und zwar sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts eingesetzt werden konnten.⁴⁵ Die Anzahl der Schwestern der GMH betrug 1954 sieben. Hinzu kamen vier indische Krankenschwestern und insgesamt 30 indische Angestellte.⁴⁶ Im Jahr 1964 wurde der erste indische Arzt, Dr. Bhabor, für zwei Jahre im Krankenhaus eingestellt.⁴⁷ Schrittweise kamen mehr und mehr indische Ärzte hinzu; unter ihnen mit Dr. Deodhar auch eine Brahmanin.⁴⁸ Ein entscheidender Wendepunkt in der ärztlichen Betreuung war das Jahr 1971. In diesem Jahr endete die dortige Tätigkeit von deutschen Missionsärztinnen und Missionsärzten des MI, die zusammen mit den Schwestern der GMH das Krankenhaus aufgebaut hatten. Von 1952 bis 1971 waren insgesamt 10 MissionsärztInnen⁴⁹ im St. Luke's Hospital tätig.

Im Jahr 1974 arbeiteten im St. Luke's Hospital 12 indische und 12 Krankenschwestern der GMH.⁵⁰ Im Verlauf der 1980er Jahre reduzierte sich die Zahl der deutschen Krankenschwestern, Hebammen und technischen Assistentinnen der GMH. Waren 1980 noch zwölf Schwestern der Gemeinschaft im Krankenhaus tätig, betrug deren Anzahl fünf Jahre später nur noch vier. Die Belegschaft setzte sich 1980 aus 14 Ärzten (2 Chirurgen, 1 Internist, 1 Gynäkologe, 5 Assistenzärzte, 5 Medizinische Praktikanten, wovon vier von der Universität Poona und einer vom St. John's College, Bangalore kamen), 12 Schwestern der GMH, 36 Krankenschwestern, 60 Krankenpflegeschülerinnen, 2 Röntgenassistenten, 6 Laboranten, 2 Pharmazeuten, 6 Büroangestellten, 4 Handwerkern, 1 Fahrer, 4 Hausmeister, 9 Putzfrauen und 49 Helfern zusammen.⁵¹ Die Übergabe des Missionskrankenhauses erfolgte am 1. September 1989 an die Sisters of Charity of St. Anne. Die Schwestern der GMH arbeiteten zunächst noch im Krankenhaus mit und wiesen die Sisters of Charity in die Verwaltungsabläufe ein, bevor sie Indien verließen.⁵²

⁴⁴ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. undatierter Brief von Elisabeth Kronschnabel.

⁴⁵ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief von P. Prucker vom 27.10.53.

⁴⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Bericht St. Luke's hospital Shrirampur Indien.

⁴⁷ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 01.01.64.

⁴⁸ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI vom 06.10.65.

⁴⁹ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

⁵⁰ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Direktor P. Urban Rapp an Misereor vom 25.06.74.

⁵¹ Archivbox GMH 3. Statistik vom 28.07.80.

⁵² Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 14.06.89 und 13.11.89.

Von der Gründung bis zur Übergabe des St. Luke's Hospital waren insgesamt 22 Schwestern der GMH dort tätig.⁵³

Finanzielle Unterstützung des Missionskrankenhauses

Unterstützt wurde das Krankenhaus finanziell von einem Schweizer Freundeskreis. Instrumente, Medikamente und Apparate schenkte die Missionsverwaltungsgesellschaft in Aachen.⁵⁴ Hinzu kam die finanzielle Unterstützung der Jesuiten.⁵⁵ Bei der Materialbeschaffung nutzte das Krankenhaus ab der Gründung 1968 den Dienst der Beschaffungsgesellschaft für kirchliche, karitative und soziale Einrichtungen mit beschränkter Haftung (BEGECA). Festgelegt wurde, dass das Missionskrankenhaus die Ausgaben für die dort beschäftigten Mitarbeiter aus dem Krankenhausbetrieb zu finanzieren hatte, was neben dem Gehalt auch die Versicherungsbeiträge und Reisekosten für Heimataufenthalte mit einbezog.⁵⁶ Dies waren erste Schritte, das Krankenhaus unabhängiger von den Geldern der Spender zu machen und damit dessen Bestand auch bei irgendwann möglichem Ausbleiben der Unterstützung zu ermöglichen, die stark von der Spendenfreudigkeit der deutschen und schweizerischen Katholiken abhing. Nicht defizitäres Wirtschaften war schon aufgrund des Wachstums des Krankenhausbetriebes, das strukturell immer höhere Belastungen der Spender verursachen würde, angezeigt.

Wachstum und Vergrößerung des Missionshospitals

Die Gesundheitsversorgung wurde von der deutschen Ärztin und den deutschen Krankenschwestern geleistet und sowohl die Ärzteschaft als auch das Pflegepersonal wurde mit steigender Bettenzahl mit deutschem Personal aufgestockt, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. So erhöhte sich die Zahl der Schwestern der GMH im Laufe der Zeit auf fünf.⁵⁷ Das Hospital hatte Bedarf an mehr ärztlichem Personal, an Krankenschwestern und v. a. an Krankenschwestern mit Hebammenerfahrung sowie an Operationsschwestern mit Labor und Röntgenerfahrung.⁵⁸ In den 1970er Jahren wurden noch einmal größere Um- und Ausbauten des Krankenhauses vorgenommen. Es wurden Wohngebäude für Ärzte und deren Familien errichtet, Räume für Medizinalassistenten der Universität Poona gebaut, die Krankenpflegeschule räumlich aufgestockt und

⁵³ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

⁵⁴ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief aus Rahata vom 14.12.52.

⁵⁵ Archivbox B2 Betz Korte. Tätigkeitsbericht für den 01.07.52–31.12.52.

⁵⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Verwaltungsordnung für das St. Luke's hospital.

⁵⁷ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief aus Rahata vom 14.12.52.

⁵⁸ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief P. Prucker vom 19.01.54.

Isolierräume für Infektionskrankheiten geschaffen. Gleichzeitig mit dem Ausbau wurde ein Programm der Präventivmedizin begonnen. Dieses war so gestaltet, dass das Personal des St. Luke's Hospital in einer von Kindern aus Slums besuchten Schule Shrirampurs Impfungen durchführte und Kurse zur Hygieneerziehung abhielt.⁵⁹

Medizinische Tätigkeit

Das Angebot stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung stand ungeachtet der Religionszugehörigkeit allen offen. Die Arbeit in der Ambulanz – bestehend aus einem Untersuchungszimmer und einer indischen Helferin als Dolmetscherin – und auf der Station wurde nach Männern und Frauen getrennt durchgeführt. Zur Männerabteilung zählten die Jungen ab 14 Jahren, die Kinder wurden bei den Frauen mitbehandelt. Die stationäre Behandlung wurde neben der Ambulanzarbeit zunächst mit einer Anzahl von 30 Betten begonnen.⁶⁰ Die Überlegung ein „Aussätzigenheim“ in der Nähe von Bombay zu betreuen wurde als klassisches karitatives Tätigkeitsfeld in Erwägung gezogen, aber nie realisiert.⁶¹ Da die Tuberkulose als großes gesundheitliches Problem der Region erkannt wurde, beabsichtige man, eine TBC-Station zu errichten, wofür aber zunächst die finanziellen Mittel fehlten.⁶² Dieses Projekt wurde 1960 nochmals ins Auge gefasst. Für die Errichtung eines TBC-Hospitals hatte das St. Luke's Hospital 1960 von indischen Spendern Land, etwas außerhalb von Shrirampur gelegen, als Geschenk erhalten. Eine konkrete Realisierung scheiterte aber schließlich daran, dass Misereor die Gewährung von Mitteln zur Errichtung der notwendigen Gebäude für geplante 60 Betten an die Bedingung knüpfte, dass das St. Luke's Hospital in der Lage war, den Unterhalt selbst ohne weitere Unterstützung zu finanzieren, was aber nicht möglich war.⁶³ In der Arbeit des Teams in Shrirampur ließ sich zunehmend eine Verschiebung von der Ambulanzarbeit hin zur stationären Tätigkeit feststellen. Dies hing natürlich davon ab, ob die Geräte zur Durchführung von Operationen vorhanden waren oder nicht. Zu Beginn wurde das Krankenhaus mit einem Generator und Operationszubehör sowie einem Operationstisch ausgestattet, die noch aus Wehrmachtsbeständen stammten. Hinzuge-

⁵⁹ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 05.06.78.

⁶⁰ Archivbox B2 Betz Korte. Tätigkeitsbericht für den 01.07.52–31.12.52.

⁶¹ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief von P. Prucker vom 27.10.53.

⁶² Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 19.09.54.

⁶³ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 11.08.66.

fügt wurde ein kleines Röntgengerät.⁶⁴ Zur Veranschaulichung der in den 1950er und 1960er Jahren durchgeführten Operationen soll beispielhaft eine Auswahl der im Jahr 1957 durchgeführten Operationen angegeben werden: Operative Eingriffe im Abdomen (Appendektomien, Darmperforationen, Ileus, eingeklemmte Hernien), gynäkologisch geburtshilfliche Eingriffe wie Uterusexstirpation, Uterusamputation, Operation von Ovarialtumoren, Abrasien, Kaiserschnitte und urologische Operationen wie Steinentfernungen sowie Amputationen etc.⁶⁵ Ende der 1950er Jahre hatte sich das Missionshospital, das in seinem Einzugsgebiet ca. 100.000 Personen zu versorgen hatte, zu einem Allgemeinen Krankenhaus in Bezug auf die technische Ausstattung (OP, Röntgen, Labor) entwickelt. Die Patientenzahl hatte sich von 1954 bis 1958 verdreifacht.⁶⁶ Im Jahr 1955 war das Krankenhaus über einen Generator mit Strom und über einen Brunnen mit Wasser versorgt. Tätig waren 2 Ärzte, 6 Krankenschwestern (GMH), ein einheimischer Pfleger, 3 einheimische Hilfsschwestern und eine Dolmetscherin. Die Patienten wurden hauptsächlich der Chirurgie und der Inneren Medizin zugeordnet. Es wurden große und kleine Operationen, Röntgendurchleuchtungen, Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen durchgeführt, Geburtshilfe geleistet und in der Dispensary ambulante Patienten betreut. Krankenfahrten ins Land, Krankenbesuche oder Geburtshilfe außerhalb der Klinik wurden nicht gemacht. Die Patienten bezahlten teilweise selbst. Als nächster Ausbauschritt wurden eine Infektionsabteilung und ein großer Röntgenapparat angestrebt.⁶⁷ Für deutsche Staatsangehörige und deutschstämmige Personen wurde ein Pflegeplatz im Krankenhaus eingeplant, der jährlich bis zu zwölfmal⁶⁸, wenn die ambulante Betreuung nicht mehr angezeigt erschien, genutzt wurde. Die finanzielle Lage des Krankenhauses wurde dadurch verbessert, dass beim Ausbau des Missionshospitals Zimmer für Privatpatienten geschaffen wurden. Das medizinische Angebot wurde durch die Tätigkeit der Augenärztin Dr. Immand aus Essen ergänzt, die alle 2 Jahre für einige Wochen nach Shrirampur kam, um Patienten mit Augenleiden zu behandeln.⁶⁹

⁶⁴ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. undatiertes Brief.

⁶⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Jahresbericht 1957.

⁶⁶ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Vortrag von 1958.

⁶⁷ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Tätigkeitsbericht 1 Halbjahr 1955.

⁶⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Fragebogen.

⁶⁹ Archivbox GMH 3. Brief Sr. Christine Ott an Direktor des MI P. Urban Rapp vom 03.06.66.

Krankheitsspektrum

Das zu behandelnde Krankheitsspektrum der Region umfasste neben den Tropenkrankheiten v.a. solche, die durch die speziellen sozialen und hygienischen Verhältnisse bedingt waren. Unter den am häufigsten auftretenden Krankheiten sind die Amöbenruhr, die Tuberkulose, Konkrementen in den Harnwegen und entzündliche Augenerkrankungen erwähnt.⁷⁰ Die Malaria kam aufgrund des trockenen Klimas relativ selten vor. Cholera, Pocken und Pest waren die einzigen meldepflichtigen Krankheiten. Pockenerkrankungen traten aufgrund der von staatlicher Seite durchgeführten Impfungen selten, die Cholera, gegen die die Regierung Massenimpfungen durchführte, in regelmäßigen Abständen auf. Die Tuberkulose kam sehr häufig vor, was auf die schlechten hygienischen Bedingungen und die engen und gedrängten Wohnverhältnisse der armen Bevölkerung zurückzuführen war. Der allgemeine Gesundheitszustand der meisten Patienten war durch Mangelernährung und Infektionskrankheiten schlecht.

b) St. Jude's Hospital in Jhansi



Abbildung 3: St. Jude's Hospital in Jhansi⁷¹

⁷⁰ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Tätigkeitsbericht von 1955.

⁷¹ Projekt 3b Jhansi.

Jhansi als Ort des Missionskrankenhauses

Das Missionskrankenhaus St. Jude's Hospital in Jhansi, einer Stadt mit damals ungefähr 180.000 Einwohnern an der Grenze zwischen den indischen Bundesstaaten Madhya Pradesh und Uttar Pradesh, wurde Anfang der 1950er Jahre von der Diözese Jhansi errichtet. Die Diözese wandte sich damals an das MI mit der Bitte, Gesundheitspersonal für den Krankenhausbetrieb mit einer Kapazität von 20 Betten zu stellen.⁷² An Ausstattung fand das Gesundheitspersonal ein Krankenhaus mit 20 Betten, Operationssaal, Röntgengerät und Mikroskop vor.⁷³

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Die wirtschaftliche und medizinische Verantwortung für das Krankenhaus wurde von der Diözese Jhansi an das Gesundheitspersonal des MI übertragen. Die Diözese Jhansi verpflichtete sich aber, ein gewisses Startkapital zur Verfügung zu stellen und sich in der Anfangsphase an den Personalkosten zu beteiligen.⁷⁴ Das Krankenhaus war im Besitz der Diözese Jhansi.⁷⁵ Wie in Shrirampur wurden die medizinische Leitung des Projekts von den Missionsärzten und die Verwaltung des Krankenhauses von einer Schwester der GMH übernommen.⁷⁶

Finanzielle Unterstützung des Missionskrankenhauses

Finanzielle Unterstützung sicherten die Päpstlichen Missionswerke und das Auswärtige Amt zu. Auch Misereor unterstützte das Krankenhaus.⁷⁷

Medizinische Tätigkeit

In Jhansi wurde, anders als in Shrirampur, von Anfang an sowohl Ambulanzarbeit als auch die stationäre Aufnahme von Patienten praktiziert. Die Bettenzahl wurde rasch auf 45 aufgestockt. Laut Angaben wurden täglich zwischen 70 und 120 Personen ambulant

⁷² Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 08.02.57.

⁷³ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Fenech an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 15.11.55.

⁷⁴ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Vertrag zwischen der Diözese Jhansi und dem MI vom 23.09.56; Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an Bischof Fenech vom 05.04.56.

⁷⁵ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 08.02.57.

⁷⁶ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Elisabeth Mihalovits an die evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe vom 26.10.67.

⁷⁷ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI an Bischof Fenech vom 16.02.55; Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an Bischof Fenech vom 13.09.55.

betreut und monatlich 250–300 Patienten stationär aufgenommen. Größtes Manko war vor allem das Fehlen entsprechender sanitärer Anlagen, aber auch die technische Ausstattung wurde als unzureichend eingestuft.⁷⁸ Den Arbeitsschwerpunkt bildeten Operationen, wobei die jeweilige Ausrichtung der Tätigkeit von der Facharztausbildung des Missionsarztes abhing. Stand in den ersten Jahren die chirurgische Tätigkeit im Vordergrund, wurde mit dem Arztwechsel zu einer Frauenärztin der Schwerpunkt der operativen Tätigkeit des Krankenhauses auf Gynäkologie und Geburtshilfe verlagert. Die Schwestern arbeiteten auf der Station und in der Ambulanz.⁷⁹ Wegen der Vielzahl der Probleme, die sich auch über die Jahre nicht abstellen ließen, beschlossen der Generalrat der GMH und der Direktor des MI 1969, die Gesundheitsarbeit im Missionshospital in Jhansi zu beenden und dieses an eine indische Ordensgemeinschaft zu übergeben.⁸⁰ Den Ausschlag hatte vor allem der Umstand gegeben, dass die gesundheitliche Versorgung durch andere Einrichtungen schon zum Zeitpunkt der Eröffnung des Missionshospitals in der Stadt bereits ausreichend war und deshalb die Notwendigkeit einer zusätzlichen Gründung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung von Beginn an nicht bestand. Damit verbunden war, dass der Zustrom an Patienten und der Entwicklungsprozess des Krankenhauses sich viel langsamer vollzogen als in anderen Projekten, wie beispielsweise in Shrirampur. Hinzu kam ferner, dass es der Diözese Jhansi im Gegensatz zum Jesuitenorden in Shrirampur nicht möglich war, den technischen und räumlichen Ausbau des Krankenhauses durch Kredite, Schenkungen oder personelle Hilfe zu unterstützen. Unklarheiten bzgl. der Besitzverhältnisse zwischen MI und Diözese beförderten die Entscheidung eines Rückzuges. Die vom Bischof Ende der 1960er Jahre vorgetragene Absicht, das Krankenhaus in der Zukunft alleine mit einer indischen Ordensgemeinschaft zu führen, bestärkte das MI in seinem Entschluss. Eine wichtige Rolle bei der Rückzugsentscheidung spielte auch die Tatsache, dass die GMH und das MI schon seit Mitte der 1960er Jahre die Errichtung eines Missionshospitals in Shevgaon im Missionsgebiet der Jesuiten ins Auge gefasst hatten. Dort sollte von Beginn an auf präventivmedizinische Programme gesetzt werden. Dafür wurde Personal benötigt.

⁷⁸ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 08.02.57.

⁷⁹ Archivbox GMH 4 Hilde Strümper. Arbeitsbescheinigung vom 25.08.55.

⁸⁰ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Helene Tschoetschel an den Direktor des MI P. Urban Rapp.

Durch den Abzug aus Jhansi wurden somit Kapazitäten frei, die Personalprobleme in anderen Einrichtungen lösten. Die Übergabe erfolgte im Jahr 1970.⁸¹

Missionspersonal

Wie zuvor schon in Shrirampur wurde ein Team bestehend aus einem Missionsarzt und Schwestern der GMH zusammengestellt. Das Team bestand zu Beginn aus Dr. Otmar Sachs, Sr. Maria Müller, die wegen ihrer Indiienerfahrung aus Shrirampur abgezogen wurde, Sr. Hilde Strümper und Sr. Amanda Mathes.⁸² In den 1950er und zu Beginn der 1960er Jahre bestand das Personal hauptsächlich aus deutschen Kräften und das Krankenhaus wurde als deutsches Krankenhaus betrachtet, an dem sich Qualität und Stand deutscher Medizin und Krankenfürsorge erweisen sollte. Alle Schwestern der GMH hatten die Ausbildung zur Krankenschwester absolviert. Um einen möglichst großen Aufgabenbereich abzudecken, hatte eine der Schwestern zusätzlich noch eine Hebammenausbildung.⁸³ Der Personalstand erwies sich jedoch für die anstehenden Aufgaben als nicht ausreichend. Deshalb wurde schon im Jahr 1957 versucht, eine indische Krankenschwester als Nachtschwester für das Hospital zu gewinnen, was aber nicht gelang. Verstärkt wurde das Personalproblem immer wieder durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle der Schwestern. Um diese Phasen zu überbrücken, wurden Schwestern der GMH aushilfsweise von Shrirampur nach Jhansi geschickt.⁸⁴ Im Jahr 1964 bestand das Personal aus einer deutschen Ärztin, 4 deutschen Krankenschwestern und einer Hebamme sowie insgesamt 19 indischen Hilfskräften.⁸⁵ Zu diesen kam im selben Jahr eine indische Ärztin hinzu. Grundsätzlich aber war es für das Krankenhaus schwer, indische Ärzte zu bekommen, was sich allein an der Relation von Zeitungsinseraten und Bewerbungen ablesen lässt.⁸⁶ Im Jahr 1967 waren im St. Jude's Hospital fünf Schwestern

⁸¹ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an den Bischof Mudartha; Archivbox GMH 4 Dr. Ursula Zyzik. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Sr. Ursula Zyzik vom 20.09.68.

⁸² Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 08.02.57.

⁸³ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 10.03.60.

⁸⁴ Archivbox S1 Dr. Sachs Otmar. Brief von Dr. Otmar Sachs an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 23.04.57.

⁸⁵ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an Misereor vom 27.05.67.

⁸⁶ Archivbox R1 Dr. Reichert Klara. Brief von Dr. Reichert an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 20.10.64.

der GMH und zwei indische Ärzte tätig.⁸⁷ Die Zahl der indischen Krankenschwestern lag 1968 bei sechs und die der indischen Hilfskräfte bei 32.⁸⁸ In den 14 Jahren seit Gründung waren in Jhansi 4 MissionsärztInnen tätig. Von der GMH sind insgesamt 11 Schwestern in Jhansi im Einsatz gewesen.⁸⁹

c) Nityaseva Hospital in Shevgaon



Abbildung 4: Nityaseva Hospital in Shevgaon⁹⁰

Shevgaon als Ort des Missionskrankenhauses und medizinische Tätigkeit

Auf Betreiben der Jesuiten in Person von P. Haldner wurde in Shevgaon das Allgemeinkrankenhaus Nityaseva Hospital 1971 gegründet. Man errichtete zunächst eine Dispensary, die 150 Patienten pro Tag betreute. Der Bau des Krankenhauses wurde 1971 begonnen.⁹¹ Shevgaon war eine Stadt mit 11.000 Einwohnern im Jahr 1974 und lag im Verwaltungsdistrikt Ahmednagar von Maharashtra. Im Gebiet lebten ca. 113.000 Menschen, von denen der Großteil in der Landwirtschaft beschäftigt war.⁹² Die offizielle Einweihung des 60 Betten Krankenhauses mit Arzthaus, Schwesternhaus, OP-trakt, Ambulanzgebäude, Privatstation und Angestelltenwohnungen fand im Jahr 1974 statt.⁹³ Man sah die Notwendigkeit einer Gründung darin, dass es im Umkreis von 40 km kein Kran-

⁸⁷ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Elisabeth Mihalovits an die evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe vom 26.10.67.

⁸⁸ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Elisabeth Mihalovits an Misereor vom 28.05.68.

⁸⁹ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung

⁹⁰ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva.

⁹¹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Bericht von Sr. Cäcilie Geißler über die Situation im Hospital Shevgaon vom 19.07.71.

⁹² Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974.

⁹³ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Shevgaon; Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974.

kenhaus gab und somit die Mehrheit der Landbevölkerung keinen adäquaten Zugang zu medizinischer Versorgung besaß.⁹⁴ Die medizinische Situation war dadurch charakterisiert, dass die Dorfbewohner keine Ärzte in der Nähe hatten, an die sie sich wenden konnten.⁹⁵ Die Basisgesundheitsarbeit in den Dörfern wurde im Jahr 1978 gestartet.⁹⁶ Seit 1979 wurde ein Community health programm betrieben.⁹⁷ Ebenso wurde das Krankenhaus als TBC subcentre durch die indische Regierung anerkannt.⁹⁸ Der Zeitraum zwischen 1980 und 1990 ist durch eine Vergrößerung des kurativen und präventiv medizinischen Angebots gekennzeichnet. Im Jahr 1994 bestand neben dem Nityaseva Hospital mit Frauen-, Männer- und Kinderabteilung und Ambulanz mit 350 Patienten pro Tag ein Community and Village health department, indem in einem dreijährigen Kurs Community health workers und Dorfhelfer geschult wurden. Die Medikamentenversorgung erfolgte überwiegend durch Spenden oder Lieferungen des 1964 in Tönisvorst gegründeten Medikamentenhilfswerks Medeor. Medikamente zur Bekämpfung der Tuberkulose wurden zum Teil von der indischen Regierung kostenlos zur Verfügung gestellt. Unterstützt wurde das Krankenhaus auch von der Universität Ahmednagar, die zweimal im Jahr Kataraktoperationen im Rahmen eines Augen-Camps durchführte. Im Umkreis von 35 Kilometern führte das Krankenhaus präventiv-medizinische Maßnahmen wie Gesundheitserziehung, ein Schwangerschaftsvorsorgeprogramm, Impfprogramme, Hausgeburten und Basisgesundheitsdienste in 48 Dörfern durch.⁹⁹

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Der Boden für den Bau wurde von der Poona Catholic Association zur Verfügung gestellt. Die Finanzierung der Gebäude übernahm Misereor¹⁰⁰ und die Einrichtung des

⁹⁴ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974.

⁹⁵ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health and Social work department. Nityaseva Hospital, Shevgaon, Comprehensive Report from January 1988 to December 1990. Auszug: "Medical facilities: In the villages there are no qualified doctors available. One or two visits are paid by Reg. health practioners. In a few villages Multipurpose-health workers (Primary health centre workers visit to their appointed villages, but have no medical aid with them. There are 5 Primary Health Centres in Shevgaon block and when emergency occurs, first aid care may be given."

⁹⁶ Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84.

⁹⁷ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hospital Report 1980.

⁹⁸ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hospital Report 1980.

⁹⁹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Reisebericht von Prof. Fleischer von März 1994.

¹⁰⁰ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974. Auszug: „Für Baumaßnahmen, Einrichtungen und den Kauf eines Fahrzeuges sind aus Misereor-, Zentralstellen-

Krankenhauses wurde durch eine Spende der deutschen Regierung möglich. Die Kosten für den laufenden Betrieb sollten aus Einnahmen des Krankenhauses, das nach indischem Recht als Körperschaft registriert war, gedeckt werden und im Falle von Defiziten durch das MI übernommen werden.¹⁰¹ Von Anfang an wurden weitgehende administrative Verantwortlichkeiten¹⁰² auf die Schwestern der GMH übertragen. Dies schloss die Verwaltung des Krankenhausbudgets, die Festsetzung der Gehälter für das Krankenhauspersonal und die öffentliche Vertretung des Krankenhauses gegenüber lokalen religiösen und staatlichen Institutionen ein.¹⁰³

Missionspersonal

Es war von Anfang an geplant, zwei indische Ärzte mit gynäkologischer und chirurgischer Ausbildung und neun bis elf indische Krankenschwestern anzustellen.¹⁰⁴ Die personelle Besetzung erfolgte aber zunächst mit drei Schwestern der GMH aus dem St. Luke's Hospital in Shrirampur.¹⁰⁵ Insgesamt arbeiteten in Shevgaon seit der Gründung des Krankenhauses 12 Schwestern der GMH.¹⁰⁶

und kirchlichen Haushaltsmitteln bisher DM 1.153.700,-- unter Projekt Nr. 321-11/55 ff bewilligt und zum größten Teil ausgezahlt worden.“

¹⁰¹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974.

¹⁰² Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Auszug aus dem Zusatzvertrag zwischen dem Missionsärztlichen Institut Würzburg und der Medical Service Society of Medical Mission Institute Shevgaon (Shrirampur) 28.06.79: „Das Missionsärztliche Institut Würzburg billigt die im Jahre 1971 zwischen dem Deputy Charity Commisioner des Maharashtra State Bombay und dem Nityaseva Hospital Shevgaon und am 20. März 1978 mit dem St. Luke's Hospital Shrirampur geschlossenen Verträge und ernennt die im Board of Trustees aufgeführten Mitglieder als verantwortliches Gremium zur Leitung der Hospitäler.“ Das eben genannte Gremium bestand aus 4 Schwestern der Gemeinschaft der Missionshelferinnen. Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva.

¹⁰³ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Memorandum of Association.

¹⁰⁴ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 19.10.70.

¹⁰⁵ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of Nityaseva Hospital Shevgaon; Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 19.10.70.

¹⁰⁶ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

d) St. Thomas Hospital und Lepra Zentrum in Chetpet

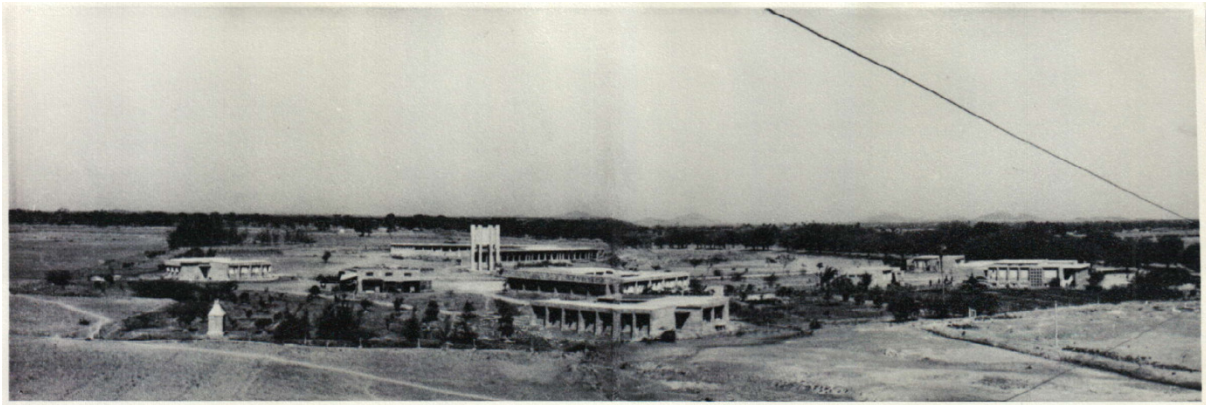


Abbildung 5: St. Thomas Hospital und Lepra Zentrum in Chetpet¹⁰⁷

Chetpet als Ort des Missionskrankenhauses und Leprazentrums

Gegründet wurde das Leprazentrum German Leprosy Centre Chetpet, North-Arcot, Bundesstaat Tamil Nadu, im Jahr 1960. Neben dem Leprazentrum in Chetpet existierte ein Leprazentrum amerikanischer Protestanten in Vellore, das von der Rockefeller Foundation und der amerikanischen Regierung unterstützt wurde. Im weiteren Einzugsgebiet von Chetpet existierten ein indisches und ein belgisches Leprazentrum.¹⁰⁸ Chetpet war damals eine Stadt mit 14.000 Einwohnern und günstiger Verkehrsanbindung.¹⁰⁹ Die offizielle Einweihung des Zentrums erfolgte am 01.05.1962.¹¹⁰ Baubeginn des Krankenhausgebäudes St. Thomas Hospital war das Jahr 1963.¹¹¹

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Der Baugrund wurde auf den Namen der Diözese Vellore eingetragen, da ausländische Träger wie das MI dafür nicht berechtigt waren.¹¹² Die finanziellen Mittel für die Errichtung der Dispensary Gebäude mit Sprechzimmern, Labor und Physiotherapieraum stell-

¹⁰⁷ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I.

¹⁰⁸ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe e St. Thomas Hospital Chetpet Korrespondenz. Bericht zum German Leprosy Centre in Chetpet von Architekt Herrn Doswald-Riklin, S. 1f..

¹⁰⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Tätigkeiten in Indien von P. Direktor Urban Rapp 1984; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aus Berichten von Fr. Dr. Aschhoff, ärztliche Leiterin des Deutschen Lepra-Behandlungszentrums Chetput, North-Arcot, Südindien, S.1.

¹¹⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals. S.2, 4; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 3.

¹¹¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe Baupläne. Bericht über den derzeitigen Bauzustand des Hospitals im German Leprosy Centre, Chetput vom 12.05.65.

¹¹² Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aktennotiz über die Besprechung zwischen P. Direktor und Frau Dr. Aschhoff am 27.04.66.

te das Deutsche Aussätzigen Hilfswerk zur Verfügung.¹¹³ Ein weiterer Geldgeber war Misereor. Laut Bericht belief sich die Unterstützung des DAHW von 1962–1990 auf 5,6 Millionen DM. Hinzu kam die seit 1979 gewährte Unterstützung des Aussätzigenhilfswerks Österreich im Wert von 2,2 Millionen DM und die von Emmaus Schweiz mit jährlich 150.000 Indischen Rupies.¹¹⁴

Missionspersonal

Ein Team aus einer Ärztin und zwei Schwestern der GMH, Dr. Aschhoff, Sr. Scherner und Sr. Müller begannen ihre medizinische Tätigkeit in einer Dispensary, wofür ein Schulgebäude auf dem Grund der Ortskirche verwandt wurde, mit 150–200 Patienten pro Tag.¹¹⁵ Im Jahr 1965 arbeiteten im German Leprosy Centre Chetpet 2 Ärztinnen, 1 technische Assistentin, 5 Krankenschwestern, 2 Krankenpfleger (Johannesgemeinschaft), 1 Sozialarbeiter und ein Ingenieur. Bei all diesen Kräften handelte es sich um Deutsche. Zusätzlich zum deutschen Personal gab es 2 indische Physiotherapeuten, 12 Para medical worker, 2 Bürohilfen, 2 Kraftfahrer, 1 Gärtner, 4 medizinische Hilfskräfte, 10 Trainees und 8 zusätzliche Mädchen, die in Hospital, Dispensary und Haus eingesetzt wurden.¹¹⁶ Das personelle Anwachsen des St. Thomas Hospital und Leprosy Centre soll durch den Personalstand des Jahrs 1988 belegt werden. Es gab 1 ausländische Ärztin (Dr. Aschhoff), 5 indische Ärzte, 5 Krankenschwestern der GMH, 3 indische Krankenschwestern, 3 sogenannte Non-medical supervisors, 1 Angestellten für das Social Welfare Department, 3 Physiotherapeuten, 14 sogenannte Leprosy Inspectors, 3 Rural leprosy workers, 2 MTAs, 1 sogenannten X-Ray technician, 1 Pharmazeuten, 2 Hilfskrankenschwestern, 1 Krankenwärter, 1 Schneider, 1 Schuster, 1 Automechaniker, 2 Fahrer, 1 Klempner, 2 Wachmänner, 2 Köche, 1 Hilfskoch, 1 Gärtner, 2 sogenannte Dhobies, 1 Manager, 1 Hilfsmanager, 1 Buchhalter, 1 Hilfsbuchhalter, 5 Verwaltungsangestellte, 1 Sprechstundenhilfe und 2 sogenannte Attender, 1 Elektriker, 1 Sozialarbeiter, 2 sogenannte Social Welfare field worker, 1 Büroangestellten und 1 Bibliothekar.¹¹⁷

¹¹³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals. S.2, 4; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 3.

¹¹⁴ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Projektbeschreibung vom 18.09.91, S.2.

¹¹⁵ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Tätigkeiten in Indien von P. Direktor Urban Rapp 1984; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aus Berichten von Fr. Dr. Aschhoff, ärztliche Leiterin des Deutschen Lepra-Behandlungszentrums Chetput, North-Ascot, Südindien, S.1.

¹¹⁶ Projekt 8 Chetpet. Archivbox 2. Mappe h Reports Comtabilite. Personalstand 1965.

¹¹⁷ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe DAHW. Breakdown of the financial request for 1988.

Fasst man die MissionsärztInnen, Brüder der Gemeinschaft Johannes und andere Gesundheitsfachkräfte zu einer Gruppe zusammen, waren insgesamt 13 Personen von diesen in Chetpet im Einsatz. Im St. Thomas Hospital and Leprosy Centre sind insgesamt 13 Schwestern der GMH seit Gründung tätig gewesen.¹¹⁸

Medizinische Tätigkeit

Die Lepraarbeit, die durch indische Autoritäten begrüßt wurde, nahm man mit einem indischen Physiotherapeuten und zwei sogenannten Para medical workers, die in einem Leprazentrum des belgischen Leprologen Dr. Hemerjicx ausgebildet worden waren, durch Ambulanzfahrten¹¹⁹ in die Dörfer um Chetpet herum auf.¹²⁰ Amtliche Schätzungen der Leprakranken beliefen sich auf 15.000. Das Leprateam wurde auf weitere Mitarbeiter erweitert. Im Jahr 1962 wurden 17 Außenkliniken betreut, die die Versorgung von 414 Dörfern abdeckte. Die Aufgabe der geplanten Lepraarbeit war es, in einem Umkreis von 20 Meilen die Krankheit zu erfassen und eine Behandlung zu beginnen und später fortzusetzen.¹²¹ Die Zahl der betreuten Leprapatienten betrug im Jahr 1968 12.591.¹²² Die Lepraarbeit wurde als erfolgreich betrachtet. So wurden im Jahr 1990 vom Leprazentrum Chetpet mit seinen 34 Subcentres nur noch 464 Leprapatienten betreut.¹²³ Neben dem Leprakontrollprogramm, den 90 Betten im Krankenhaus für Leprapatienten und

¹¹⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaustellung.

¹¹⁹ Diese Ambulanzfahrten werden wie folgt beschrieben. Vgl. Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aus Berichten von Frl. Dr. Aschhoff, ärztliche Leiterin des Deutschen Lepra-Behandlungszentrums Chetput, North-Ascot, Südindien, S.1f. Auszug: „Unser Arbeitsprogramm gestaltet sich folgendermaßen: an 4 Tagen in der Woche fahren wir frühmorgens mit unserem himmelblauen Vanguard Station-Wagen hinaus in die Außenkliniken, bisher 7 an der Zahl. Mit Tischen, Stühlen, Medikamenten, Verbandszeug und Gips bauen wir unter irgendeinem großen Baum unsere Sprechstunde auf. Unsere Patientenzahl wächst ständig. Jeden Mittwochmorgen versorgen wir allein in Valathi mehr als 300 Patienten. Wir arbeiten an zwei Tischen, ein indischer Arzt und ich. Ein Physiotherapeut, der in Vellore ausgebildet wurde, übernimmt die Behandlung der Kontrakturen und Ulcera mit Bewegungsübungen, Massagen, Wachsbad und Gipsschienen. Unsere übrigen indischen Helfer machen Verbände, Abstriche zur Diagnostik usw. Mittags gegen ein Uhr sind wir wieder zurück. Am Nachmittag warten in der Allgemeinsprechstunde noch einmal viele Patienten auf uns.“

¹²⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Tätigkeiten in Indien von P. Direktor Urban Rapp 1984; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aus Berichten von Frl. Dr. Aschhoff, ärztliche Leiterin des Deutschen Lepra-Behandlungszentrums Chetput, North-Ascot, Südindien, S.1.

¹²¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Tätigkeiten in Indien von P. Direktor Urban Rapp 1984; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Aus Berichten von Frl. Dr. Aschhoff, ärztliche Leiterin des Deutschen Lepra-Behandlungszentrums Chetput, North-Ascot, Südindien, S.1.

¹²² Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals, S.3.

¹²³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Projektbeschreibung vom 18.09.91, S. 1.

einer Abteilung für Lepraforchung¹²⁴ und dem Ausbildungszentrum¹²⁵ für Leprafachkräfte (Para medical workers) und Laboranten führte das St. Thomas Hospital ein Tuberkulosekontrollprogramm durch, in dem 1947 Patienten betreut wurden.¹²⁶ Eine Schusterei, Schneiderei und Weberei, in denen Leprapatienten eigene Bedarfsmittel herstellten, wurde 1963 in Betrieb genommen. Im Jahr 1964 begann das Zentrum Paramedical workers in einem sechsmonatigen Kurs für die Lepraarbeit auszubilden. Dafür wurde das Zentrum vom State Leprosy Officer des Staates Madras anerkannt und berechtigt, in dessen staatliches Lepraprogramm das Zentrum eingebunden war. Im Jahr 1965 war das Allgemeinkrankenhaus mit 50 Betten, finanziert durch Emmaus Schweiz und v.a. Misereor, errichtet. Die Bettenzahl wurde stetig erhöht und betrug im Jahr 1969 150.¹²⁷ Im Jahr 1966 erweiterte man das Tätigkeitsfeld des Zentrums um einen landwirtschaftlichen Betrieb mit Ackerbau und Viehzucht, in dem die Leprösen Arbeit fanden. Der Landkauf wurde durch das DAHW finanziert und Misereor stellte einen Entwicklungshelfer für die Durchführung zur Verfügung. Ein Problem des landwirtschaftlichen Betriebes war, dass es sich herausstellte, dass das Gebiet für bestimmte Formen der Landwirtschaft wie sie durchgeführt wurde, wegen geringer Niederschläge nicht geeignet war.¹²⁸ Im Jahr 1967 und 1968 wurde in Chetpet ein Food for Work Programm für die arme Bevölkerung angeboten. Man eröffnete eine Autoreparaturwerkstatt.¹²⁹ Im Jahr 1979 wurde ein so genanntes Non formal education project ins Leben gerufen. Darin

¹²⁴ Folgende Arbeiten wurden im Indian Journal of Leprosy veröffentlicht: - Secondary and primary dapson resistant leprosy: an analysis of 199 patients from St. Thomas Hospital and Leprosy project, Chettupattu, South India – Influence of Acetylator Phenotype of the Leprosy Patient on the Emergence of Dapsone resistant leprosy. Vgl. Projekt 8 Chetpet. Archivbox 2. Mappe g Forschung Lepra.

¹²⁵ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe Hilfsorganisationen. Brief von P. Direktor Urban Rapp an den Vorstand der Kübel-Stiftung vom 17.08.68, S. 2. Auszug: „Großer Wert wird auf die Ausbildung von einheimischem Personal gelegt. Einheimische Physiotherapeuten leisten bei der Behandlung und Betreuung der Leprakranken vorzügliche Arbeit.“

¹²⁶ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Projektbeschreibung vom 18.09.91, S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Social Welfare Department.

¹²⁷ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals. S.2, 4; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 3.

¹²⁸ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Farm Report. Auszug: „The hospital has about 58 acres land both for wet and dry cultivations and horticulture with 11 wells supplying water for our fields. At present the farm department has: dairy [...] piggery [...] sheep and goaterly [...] poultry [...]. The Farm Manager is assisted in his work by 2 supervisors, always by 8 to 15 Leprosy patients, who for some reason have to stay in the hospital. Besides during 71–75 period the Farm has given work to quite a number of men and women labourers from the surrounding villages. Unfortunately the climate is not always favourable. Since several years now we don't have sufficient rain, and especially during the hot season in May–June. July we are struggling a lot every year, but we do our best to get the maximum profit for the hospital.“

¹²⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals, S.3.

sollte der Bildungsstand der Bevölkerung angehoben werden. Man richtete sich im Projekt an Analphabeten, 1900 Schüler in 33 Dörfern im Alter von 7 bis 18 Jahren.¹³⁰ Das Non formal education project, die Rehabilitationswerkstätten und das Landwirtschaftsprojekt wurden zum sogenannten Community Development Programm (CODEP) zusammengeführt. Im Jahr 1987 begann man 2 Autostunden von Chetpet entfernt in den Jawadhi Hills ein Community Development Programm in Kombination mit Leprakontrolle. Dieses Gebiet war von sogenannten Tribals bewohnt.¹³¹ Das Dorfentwicklungsprogramm (Community Development Programme) umfasste im Jahr 1990 eine sogenannte Social Welfare Abteilung (psychiatrische Behandlung, Gesundheitserziehung, Ausbildung von Community health workers), ein Mutterkindprogramm und ein Programm zur Rehabilitation und Ausbildung von Leprapatienten in der Autowerkstatt, der Stoffdruckabteilung, der Rattanmöbelherstellung, Holzverarbeitung, Stickerei und Weberei, die in das Projekt integriert waren.¹³² Finanziell unterstützt wurde CODEP durch Caritas Deutschland.¹³³ Im August 1994 übergab Frau Dr. Aschhoff (GMH) die Leitung des St. Thomas Hospital and Leprosy Centre an die indische Schwester Maria Rathinam (GMH). Das Community Development Programm wurde im Jahr 1994 an die Vellore Social Service Society der Diözese Vellore übertragen. Das 220 Betten Krankenhaus wird seither von indischen Schwestern der GMH betreut und geleitet.¹³⁴

e) Thellakom, Allahabad und Bangalore

Im Missionskrankenhaus von Thellakom war eine Schwester der GMH als Krankenschwester tätig. In Allahabad engagiert sich seit 1990 eine Schwester der GMH in der Sozialarbeit. In Bangalore befindet sich das Formationshaus der GMH Indiens, in dem drei Schwestern der GMH arbeiteten.¹³⁵

¹³⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Tätigkeiten in Indien von P. Direktor Urban Rapp 1984.

¹³¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von Frau Dr. Aschhoff an P. Direktor Urban Rapp vom 01.07.87.

¹³² Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Projektbeschreibung vom 18.09.91, S.1; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Social Welfare Department.

¹³³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox 2. Mappe f CODEP. Certificate of Receipt and handing over vom 02.01.96.

¹³⁴ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief an Frau Dr. Aschhoff vom 16.09.94; Projekt 8 Chetpet. Archivbox 2. Mappe f CODEP. Brief an das päpstliche Missionswerk der Kinder vom 18.10.99.

¹³⁵ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

2. Afrika



Abbildung 6: Afrikanische Projekte der GMH¹³⁶

¹³⁶ Die geographische Lage ist nicht maßstabsgetreu eingezeichnet. Kartengrundlage: Westermann Kartographie: Diercke Weltatlas (1996), S. 127; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 72; Kunth, W.: Grosser Atlas der Welt (1994), S. 171, 173, 178, 180, 185, 186, 189.

a) Regierungshospital in Amadi und Poko, Entwicklungsprojekt mit Gesundheitsversorgung Ndendule, Krankenpflegeschule Dungu (Kongo)

Arbeitsgruppe Amadi und Ndendule

Ab dem Jahr 1970 waren die Schwestern der GMH als Krankenschwestern im ehemals staatlichen 60 Betten-Krankenhaus von Amadi im Auftrag der Missionsdiözese des Augustinerordens tätig. Dabei handelte es sich um eine Krankenstation, die 1964 während der bewaffneten Auseinandersetzungen im Kongo verwüstet worden war und im Laufe der Zeit mit ausländischen Spendengeldern durch die Diözese Dungu-Doruma ausgebessert und modernisiert wurde.¹³⁷ Das bestehende Hospitalgebäude und das Entbindungsheim wurden wieder instandgesetzt, die Dispensary erweitert sowie der Operationssaal erneuert und modernisiert.¹³⁸

Finanzielle Unterstützung

Unter den Geldgebern findet sich im Jahr 1972 Misereor.¹³⁹ Aufgrund der sudanesischen Flüchtlingsproblematik wurden Reparaturkosten des Hospitals von der UNO übernommen.¹⁴⁰ Das Krankenhaus in Amadi sollte einen Beitrag zur Deckung der medizinischen Versorgung von 40.000 Kongolesen und 20–25.000 sudanesischen Flüchtlingen leisten.¹⁴¹

Medizinische Tätigkeit

Am Anfang wurden Kranke, die beispielsweise eine Hernienoperation benötigten, von Amadi ins 80 km weit entfernte Poko zur Operation gebracht. Später führte ein kongoleischer Krankenpfleger, der von belgischen Ärzten in chirurgischen Operationstechniken geschult worden war, in Amadi Operationen wie z.B. Kaiserschnitte und Amputationen durch. Vom Krankenhaus aus führten die Schwestern einen Basisgesundheitsdienst (Impfungen, Gesundheitserziehung, Ausstattung von Dispensaries mit Medikamenten, Schulung von einheimischen Gesundheitshelfern nach WHO Richtlinien) in den Dispensaries durch, die in einem Radius von 30 km um Amadi gebaut wurden. Die Ge-

¹³⁷ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Neuantrag auf Beihilfe zur Erweiterung des Hospitals in Amadi vom 13.09.71, S. 1; Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 92/2+3. 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire von Sr. Maria Bextermöller GMH, S. 1–4.

¹³⁸ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Anlage II zum Auszahlungsmerkblatt vom 21.01.72.

¹³⁹ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Brief von Misereor an die Diözese Doruma z.H. Msgr. Van den Elzen vom 21.01.72.

¹⁴⁰ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Brief von P. Direktor Urban Rapp an Misereor vom 01.02.72.

¹⁴¹ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Neuantrag auf Beihilfe zur Erweiterung des Hospitals in Amadi vom 13.09.71, S. 3.

sundheitshelfer wurden aus den Kirchengemeinden rekrutiert und arbeiteten ehrenamtlich. Zusätzlich begannen 2 der 3 Schwestern der GMH eine Leprapatientenkartei in den Orten, die sie betreuten, zu führen und die Leprösen mit Lepramedikamenten zu versorgen. Der Aufgabenbereich im staatlichen Krankenhaus und dem Basisgesundheitsdienst wurde im September 1991 an 3 afrikanische Augustinerschwwestern übertragen.¹⁴² Zusammen mit dem Augustinerorden in Person von P. Ferdinand, gründeten Sr. Tony Puhe und Sr. Beate Engelhardt ein Entwicklungsprojekt in Ndendule nahe bei Amadi. Es handelte sich dabei um eine Siedlung für junge Familien mit dem Ziel, diese in einem einjährigen Kurs im Entwicklungsniveau zu heben, bevor sie wieder in ihre Dörfer zurückkehrten. Das Schulungsprogramm beinhaltete Gesundheitserziehung, verbesserte Ernährungsweisen, Verarbeitung von Baumwolle und Anwendung einfacher Techniken zur Steigerung des Lebensstandards sowie Häuserbau für Männer.¹⁴³ Das Entwicklungsprojekt in Ndendule wurde 1996/97 im Zuge des Aufstandes gegen Machthaber Mobutu von den Rebellen ausgeplündert und zerstört. Im Zuge dieser Unruhen verließen die Schwestern der GMH den Kongo.¹⁴⁴

Missionspersonal

In Amadi waren acht und in Ndendule zwei Schwestern der GMH im Einsatz.¹⁴⁵

¹⁴² Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 92/2+3. 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire von Sr. Maria Bextermöller GMH, S. 1–4.

¹⁴³ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 92/2+3. 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire von Sr. Maria Bextermöller GMH, S. 1–4.

¹⁴⁴ Archivbox GMH 2 Sr. Elisabeth Mager. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 97/3. Ein Schmerzhafter Abschied. Schwestern der Gemeinschaft der Missionshelferinnen verlassen Zaire nach jahrzehntelanger Arbeit, S. 10.

¹⁴⁵ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

Arbeitsgruppe Poko



Abbildung 7: Regierungshospital in Poko¹⁴⁶

Ortsbeschreibung

In Poko, einer Siedlung mit 1968 6000 Einwohnern, lebte die Schwesterngemeinschaft ab 1968 auf der Missionstation der Augustinerpatres. Diese bestand aus einer Kirche, Wohnräumen für die Patres, Fratres, Schwestern der GMH und einheimische Lehrer, einem Sägewerk, einer Schreinerei mit Handwerkerschule, einer Kaffeeplantage und zwei Schulen sowie Gebäuden für Katechumenen.¹⁴⁷

Tätigkeit der Schwestern

Sr. Elisabeth Mager arbeitete vormittags im 2km entfernten Regierungshospital von Poko in der Ambulanz. Nachmittags bot die ausgebildete Krankenschwester und Hebamme, die in Deutschland von einem Zahnarzt angelernt worden war, in einer eigens eingerichteten Zahnarztpraxis der Bevölkerung zahnärztliche Betreuung an.¹⁴⁸ Sr. Anita arbeitete auf Station im Regierungshospital von Poko. Sr. Mathilde kümmerte sich um die afrikanischen Anwärtnerinnen der GMH. Sr. Gertraud und Sr. Christel bildeten einheimische Pfleger aus, machten Schwangerenberatung und registrierten und behandelten Leprapatienten in den von ihnen betreuten Dispensaries, was vom DAHW finanziell

¹⁴⁶ Bilderscans von Elisabeth Mager aus privatem Bestand.

¹⁴⁷ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 2f.; Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 2.

¹⁴⁸ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 2f.; Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 2.

unterstützt wurde. Sr. Christel führte den Haushalt.¹⁴⁹ In Dungu übernahm Sr. Gertraud Zimmermann 1985 die Aufgabe als Lehrkrankenschwester in der Krankenpflegeschule Institut technique medical, die 10 Jahre lang von kanadisch-französischen Ordensschwestern mit kongolesischen Lehrpflegern und Ärzten geführt wurde und die sich aus dem Kongo zurückzogen. Ihr folgten 2 weitere Schwestern der GMH nach. Ihre Tätigkeit dauerte bis 1991/92.¹⁵⁰

Missionspersonal

Missionsärzte des MI wurden im Kongo nicht eingesetzt. Sie wären zwar sogar mit Vertragszeit von einem Jahr für Amadi angefordert¹⁵¹ gewesen, aber es gelang unter dem Gesichtspunkt der Priorisierung der Projekte nicht, einen zusätzlichen MissionsarztIn zu gewinnen. In Poko arbeiteten neun und in Dungu drei Schwestern der GMH.¹⁵²

b) Kinshasa und Bunia (Kongo)

In Kinshasa waren zwei Schwestern der GMH als Krankenschwestern tätig. In Bunia unterwies eine Schwester der GMH Christen in der Katechetenschule.¹⁵³

¹⁴⁹ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 3f.; Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 4.

¹⁵⁰ Archivbox GMH 1. Brief von Sr. Gertraud Zimmermann an den P. Direktor Urban Rapp vom 19.11.85. (abgeheftet in Archivbox GMH 1 Sr. Maria Bextermöller).

¹⁵¹ Archivbox GMH 1. Brief von Sr. Margret Biersack an den P. Direktor Urban Rapp aus Amadi vom 30.01.72. Auszug: „Unser sudanesischer Doktor ist leider wieder weggelaufen – aber da 2 Doktores in Poko sind, kann alle paar Wochen einer zum Operieren und Diagnostizieren hierher kommen und vielleicht bekommen wir doch noch mal einen eigenen Arzt – hoffentlich!“

¹⁵² Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

¹⁵³ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

c) Diözesanes Sacred Heart Hospital in Nyangana (Namibia)



Abbildung 8: Missionsstation und Sacred Heart Hospital in Nyangana¹⁵⁴

Nyangana als Ort des Missionskrankenhauses

Gegründet wurde das Sacred Heart Hospital 1953 auf der Missionsstation der Oblatenmissionare. Die erste medizinische Versorgung durch die Missionsstation wurde durch einen Arzt des MI von 1936–1939 der Bevölkerung angeboten. In der Zeit zwischen 1939 und 1955, dem Jahr, als die ersten Schwestern der GMH in Nyangana ihre Tätigkeit aufnahmen, pflegten Benediktinerinnen von Tutzing, die seit 1922 v.a. in Schule und Haushalt auf der Mission tätig waren, die Kranken des Missionsgebietes.¹⁵⁵ Ab 1955 wurde der Betrieb des Hospitals vom MI und der GMH übernommen. Nyangana lag im Grenzgebiet Namibias zu Angola am Okavangofluss. Neben dem Krankenhaus existierten auf der Missionstation ein Jungen- und Mädcheninternat, eine Schreinerei und eine Schlosserei. Das Krankenhaus deckte die Versorgung im Umkreis von 80 km von ca. 15.000 Menschen ab, die mehrheitlich dem Stamm der Gciricu zuzuordnen waren.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana.

¹⁵⁵ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Rundbrief von Sr. Margret Eschhaus vom 12.11.85, S. 1f..

¹⁵⁶ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 1.

Das nächste Regierungshospital mit Ärzten der südafrikanischen Armee befand sich im 100km entfernten Rundu.¹⁵⁷

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Träger des 130 Bettenkrankenhauses war die Diözese Windhoek. Die Leitung über das Krankenhaus teilte sich eine Schwester der GMH mit dem MissionsarztIn.¹⁵⁸ Die Finanzierung der Personalkosten erfolgte durch die südafrikanische Regierung unter dessen Mandat Namibia stand. Die Hälfte der Löhne ging im Gegenzug für freie Wohnung und Verpflegung an die Diözese Windhoek und die andere Hälfte wurde an die GMH entrichtet.¹⁵⁹ Mit Medikamenten wurde das Krankenhaus durch die südafrikanische Regierung versorgt.¹⁶⁰ So gelang es dem Missionshospital bald, den laufenden Betrieb des Krankenhauses ohne Fremdmittel aus Europa zu finanzieren.¹⁶¹

Missionspersonal und medizinische Tätigkeit

Die Tätigkeit bestand vor allem aus stationärer und ambulanter Verorgung der Patienten. Beispielhaft seien hier die Daten für 1986 angeführt. Im Jahr 1986 bestand das Missionskrankenhaus aus Frauen-, Kinder- und Männerstation, Geburtsstation, Operationsaal, Röntgen, Labor, Ambulanz und Apotheke. Das Personal setzte sich aus einer deutschen Ärztin, 4 Schwestern der GMH, einer deutschen und einer einheimischen Krankenschwester, drei sogenannten Staffschwestern, 30 Hilfskrankenschwestern und 40 weiteren Mitarbeitern zusammen.¹⁶² Im Jahr 1985 wurden stationär 3677 Patienten und ambulant – die Außenkliniken miteingeschlossen – 81268 medizinisch versorgt.¹⁶³ Die Dispensaries wurden entweder einmal pro Woche durch ein mobiles Team oder dauerhaft mit einer Hilfskrankenschwester besetzt. Dort wurden auch Impfungen, Gesundheitserziehung, Schwangerschaftsvorsorge und eine Kindersprechstunde durchgeführt.¹⁶⁴ Ab dem Jahr 1983 wurde von Sr. Anna Fontana ein gemeindebezogener Basis-

¹⁵⁷ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Ortsangabe, S.1f..

¹⁵⁸ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 1.

¹⁵⁹ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Vertrag für den Krankenpflegedienst im Missionshospital Nyangana zwischen dem Missionsärztlichen Institut Würzburg, der Gemeinschaft der Missionshelferinnen Würzburg und der Diözese Windhoek, vertreten durch Bischof Rudolph Koppmann vom 06.07.74.

¹⁶⁰ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Ortsangabe, S. 2.

¹⁶¹ Archivbox F1 Dr. Maria Fisch. Mappe Dr. Fisch Maria II. Brief an den P. Direktor Eugen Prucker vom 1. Adventssonntag 1959. Auszug: „Unsere finanziellen Einnahmen liegen mit Hilfe der Tbc-Beihilfen jetzt so hoch, daß wir das Hospital selbst unterhalten können.“

¹⁶² Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 1.

¹⁶³ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 1.

¹⁶⁴ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 2.

gesundheitsdienst begonnen, in dem einheimische Freiwillige in einem dreimonatigen Kurs im Bereich des Basisgesundheitsdienstes geschult wurden.¹⁶⁵ Im Jahr 1991 wurde das Sacred Heart Hospital zum Distrikt Hospital ernannt.¹⁶⁶ Im Gleichen Jahr übergaben die Schwestern der GMH ihre Aufgaben in Krankenhaus und Basisgesundheitsdienst an holländische Gesundheitsfachkräfte.¹⁶⁷ Im Sacred Heart Hospital in Nyangana waren 7 MissionsärztInnen und 21 Schwestern der GMH tätig.¹⁶⁸

d) Regierungshospital Rundu (Namibia), Regierungshospital Windhoek (Namibia)

In den Regierungshospitälern Rundu und Windhoek , arbeiteten in Rundu acht und in Windhoek sechs Schwestern der GMH in der Krankenpflege, Geburtshilfe und im Labor.¹⁶⁹

e) King Edward VIII Hospital Durban und Missionskrankenhaus Montebello (Südafrika)

In diesen beiden Krankenhäusern arbeitete die Ärztin Dr. Hannelore Freisfeld (GMH).¹⁷⁰ Bei Montebello handelt es sich um eine 1925 von Dominikanerinnen gegründete Missionsstation mit Schule, Waisenhaus und Krankenstation, die sich im Laufe der Zeit zum Missionshospital Mater Misericordiae Hospital entwickelte. 1981 wurde es unter die Verwaltung der Kwazulu Regierung gestellt. Seit 1982 arbeitete in diesem ehemaligen Missionskrankenhaus die Missionsärztin Dr. Hannelore Freisfeld zusammen mit 15 Zulu Dominikanerinnen, die als Krankenschwestern, Hebammen, in der Küche, Wäscherei und Krankenhausverwaltung tätig waren.¹⁷¹ Als Hauptprobleme werden der Ärztemangel und der häufige Wechsel südafrikanischer Militärärzte beschrieben. Die Einnahmen durch die Zulu Patienten konnten die Ausgaben nicht decken. Die Personalkosten übernahm die südafrikanische Regierung.¹⁷² Die hohen Kosten machten eine dauerhafte

¹⁶⁵ Projekt 1. Mappe Namibia. Aktennotiz vom 29.08.91, S. 6.

¹⁶⁶ Projekt 1. Mappe Namibia. Aktennotiz vom 29.08.91, S. 5.

¹⁶⁷ Projekt 1. Mappe Namibia. Aktennotiz vom 29.08.91, S. 6.

¹⁶⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

¹⁶⁹ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

¹⁷⁰ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung; Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997 (1997), S. 328.

¹⁷¹ Archivbox GMH 1 Dr. Hannelore Freisfeld. Report for the Regional Seminar (AGEH) in Windhoek / Namibia im April 1986, S. 1f..

¹⁷² Archivbox GMH 1 Dr. Hannelore Freisfeld. Rundbrief vom 29.08.82, S. 2.

Betreuung durch die Mission zusätzlich unwahrscheinlich. So schreibt die Missionsärztin Dr. Hannelore Freisfeld in einem Rundbrief vom 29.08.82:

„Wie alle Missionskrankenhäuser in Südafrika wurde auch Montebello im vergangenen Jahr von der Kwazulu Regierung übernommen. 80 000 Rand kostet das Hospital im Monat ohne Ärztegehälter. Meine männlichen Kollegen werden vom Militär, ich direkt vom Gesundheitsministerium in Pretoria bezahlt. Die Einnahmen von den armen Patienten sind gering. Könnte eine Mission das auf die Dauer finanzieren?“¹⁷³

f) Diözesanes Fatima-Hospital in Bulawayo, Diözesanes St. Luke's Hospital Bulawayo und St. Paul's Hospital (Zimbabwe)

Fatima Hospital

1948 wurde von der Diözese Bulawayo im Missionsgebiet der Marianhiller Missionare das Fatima Hospital im Lupane Distrikt errichtet.¹⁷⁴ Die Unabhängigkeitserklärung Südrhodesiens von England im November 1965 hatte keine Auswirkungen auf die Hospitalarbeit.¹⁷⁵ Die Ermordung der Missionsärztin Dr. Decker und die weiterer Missionare darunter auch der Bischof der Diözese Bulawayo 1977 veranlasste die Schwestern der GMH und die in Fatima tätigen deutschen Ärztinnen Zimbabwe zu verlassen und das Fatima Hospital aufzugeben.¹⁷⁶

Missionspersonal

Das Fatima Hospital wurde von einer Missionsärztin des MI, Dr. Davis Ziegler, hauptsächlich Dr. Maria Rotschuh, ärztlich betreut. Neben der Missionsärztin arbeiteten zunächst drei Schwestern der GMH im 80-Bettenkrankenhaus, in dem noch 33 zusätzliche Plätze für TBC-Kranke bereitgehalten wurden.¹⁷⁷ Fünf MissionsärztInnen waren im Fatima Hospital bis 1977 tätig. Zwischen 1959–1977 waren acht Schwestern der GMH im Fatima Hospital im Einsatz.¹⁷⁸

¹⁷³ Archivbox GMH 1 Dr. Hannelore Freisfeld. Rundbrief vom 29.08.82, S. 2.

¹⁷⁴ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

¹⁷⁵ Archivbox R3 Dr. Rotschuh Maria. Brief von Dr. Heinrich Schreyer an das MI vom 03.02.66.

¹⁷⁶ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1.

¹⁷⁷ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

¹⁷⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

Medizinische Tätigkeit

Stationäre Patientenversorgung wurde im 113-Betten-Krankenhaus durchgeführt. Ab 1956 gab es im Fatima Hospital eine Pflegerinnenschule.¹⁷⁹ Im Jahr 1965 wurden 22 Pflegeschülerinnen ausgebildet und im Hospital eingesetzt.¹⁸⁰ Durch sogenannte Buschfahrten wurden 13 Dispensaries im Umkreis von 70 km um das Hospital betreut.¹⁸¹ Das medizinische Tätigkeitsfeld reichte von der Behandlung von Verletzungen bis hin zur Therapie der klassischen Tropenkrankheiten wie Malaria, Bilharzia und Filariose. Ein Schwerpunkt medizinischen Augenmerks galt Frauen und Kindern, die die größte Behandlungsgruppe der Patienten darstellten.¹⁸²

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Finanzielle Unterstützung erhielt das Hospital vom Auswärtigen Amt und von Misereor.¹⁸³

St. Luke's Hospital

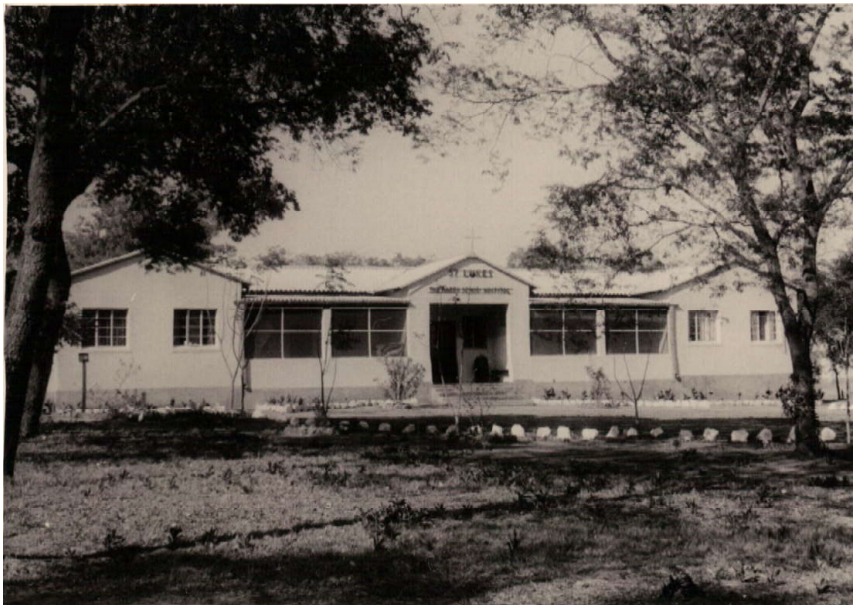


Abbildung 9: St. Luke's Hospital in Zimbabwe¹⁸⁴

¹⁷⁹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1.

¹⁸⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

¹⁸¹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965; Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Brief von Dr. Rotschuh an das Generalsekretariat des Deutschen Katholischen Missionsrates vom 10.07.74.

¹⁸² Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

¹⁸³ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Brief des Auswärtigen Amtes an das MI vom 25.10.65.

Lupane als Ort des Missionskrankenhauses

1951 errichtete die Diözese Bulawayo das St. Luke's Hospital mit 32 Betten im Lupane Distrikt, das ebenfalls mit einer Missionsärztin des MI, Dr. Davis-Ziegler, besetzt wurde. Die Regierungskrankenhäuser waren min. 145km entfernt und es stellte die medizinische Anlaufstelle für 85.000 Menschen dar.¹⁸⁵

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Unterstützt wurden das St. Luke's und das St. Paul's Hospital in den 1950er, 60er und 70er Jahren von der rhodesischen Regierung und Misereor.¹⁸⁶

Missionspersonal

Im St. Luke's Hospital mit 152 Betten waren 1967 neben einer deutschen Ärztin, 4 ausländischen Krankenschwestern, 5 afrikanische Ordensschwestern, 8 afrikanische Krankenschwestern und 24 afrikanische Hilfsarbeiter beschäftigt.¹⁸⁷ Im St. Luke's Hospital waren 12 MissionsärztInnen und 3 Schwestern der GMH im Einsatz.¹⁸⁸

Medizinische Tätigkeit

In einem Jahr (Stand 1. November 1967) wurden 3.800 Patienten stationär und 35.000 Patienten ambulant in Krankenhaus und den 10 Dispensaries medizinisch versorgt und 584 Entbindungen durchgeführt.¹⁸⁹ St. Luke's Hospital wurde als einziges der drei Missionshospitäler mit dauerhafter Besetzung als Krankenhaus mit bis zu 280 Betten nach der Zeit der politischen Wirren des zimbabweschen Befreiungskrieges fortgeführt. Die Orte des ehemaligen Fatima und St. Paul's Hospital wurden später durch Arztbesuche von St. Luke's Hospital aus wieder ärztlich betreut, aber eher im Range einer Dispensa-

¹⁸⁴ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe f) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Reports.

¹⁸⁵ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe bei Misereor vom 24.09.65, S.2; Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1f; Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für sozial-caritative und kleinere wirtschaftliche Aufgaben der deutschen christlichen Missionare vom 25.11.67, S. 4.

¹⁸⁶ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe bei Misereor vom 24.09.65, S.2.

¹⁸⁷ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für sozial-caritative und kleinere wirtschaftliche Aufgaben der deutschen christlichen Missionare vom 25.11.67, S.1, 4.

¹⁸⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

¹⁸⁹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für sozial-caritative und kleinere wirtschaftliche Aufgaben der deutschen christlichen Missionare vom 25.11.67, S. 2.

ry.¹⁹⁰ Dies führte zu einer Verlagerung der Patientenströme zum St. Luke's Hospital, das seine Kapazitäten massiv ausbauen musste.¹⁹¹ 1983 wurde im St. Luke's Hospital eine Krankenpflegeschule für 60 Schülerinnen eröffnet.¹⁹² Da das Ausscheiden des MI aus dem Projekt sich gegen Ende der 1980er Jahre abzeichnete, versuchte die Diözese Bulawayo eine Ordensgemeinschaft für die Fortführung des Missionskrankenhauses des St. Luke's Hospital zu finden, was aber misslang.¹⁹³ Das St. Luke's Hospital sollte dem Gesundheitsministerium Ministry of Health and Child Welfare der Regierung von Zimbabwe übertragen werden unter der Voraussetzung ethische Grundsätze eines Missionskrankenhauses fortzuführen.¹⁹⁴ Aber auch in den 1990er Jahren verblieb das Krankenhaus im Besitz der Diözese und übernahm gleichzeitig die Aufgaben eines staatlichen Krankenhauses in der Region.¹⁹⁵

St. Paul's Hospital

Aus einer der zugehörigen Dispensaries des St. Luke's Hospital wurde 1960 das St. Paul's Hospital mit 121 Betten¹⁹⁶, dessen Betreuung die Missionsärztin des MI Dr. Decker übernahm. Ab 1971 wurden in einer eigenen Hebammenschule Hebammen in St. Paul's ausgebildet. Mit der Ermordung der Missionsärztin und der späteren Plünderung und in Brandsetzung 1977 endete das Wirken des St. Paul's Hospital.¹⁹⁷ Im St. Paul's Hospital waren zwei MissionsärztInnen und eine Schwester der GMH bis 1977 im Einsatz.¹⁹⁸

¹⁹⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 3; Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Submission to Health commission of enquiry.

¹⁹¹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Darstellung der Problematik des St. Luke's Hospital vom 25.08.80, S. 1.

¹⁹² Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Submission to Health commission of enquiry, S.2.

¹⁹³ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Brief vom Bischof der Diözese Bulawayo Henry Karlen an Misereor vom 12.12.89.

¹⁹⁴ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. St. Luke's hospital board-proposals for Government take over.

¹⁹⁵ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Brief des Erzbischofs von Bulawayo an Misereor vom 22.12.97, S.1. Auszug: „The answer was that the Hospital property will remain under the authority of the Catholic Church. There is no intention for the Zimbabwe Government to take this over. The mission charisma will still remain. The Hospital will function on the lines of Government Provincial Hospitals with provision for additional posts, supportive Administrative structure and finance.“

¹⁹⁶ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Neuantrag Erweiterung des Krankenhauses auf der St. Paul's Mission in Lupane vom 19.04.71, S. 2.

¹⁹⁷ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S.

1f..

¹⁹⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

g) Diözesanes St. Martin de Porres Hospital in Eikwe (Ghana)



Abbildung 10: St. Martin de Porres Hospital in Eikwe¹⁹⁹

Eikwe als Ort des Missionskrankenhauses

Das diözesane Missionskrankenhaus in Eikwe wurde im Jahr 1959 zunächst als Dispensary eröffnet und auf Betreiben der Diözese Cape Coast mit Schwestern der GMH und einem Arzt des MI besetzt. In dem abgelegenen Ort an der Küste Ghanas, der 80 km von Tokaradi und 70 km von der Grenze zur Elfenbeinküste entfernt liegt und der Mitte der 1980er Jahre 2000–3000 Einwohner zählte, waren zuvor seit 1931 französische Ordensfrauen ansässig, die in der Katechese und einem Waisenhaus arbeiteten.²⁰⁰ Die Küstenregion um Eikwe lebte vom Fischfang und den Erträgen der Kokuspalmen. Fehl-, Mangelernährung und die Folgen der Malaria bedingten den schlechten Gesundheitszustand der Bevölkerung, was sich besonders in der Gruppe der Säuglinge und Mütter zeigte. Laut Bericht lag die Säuglings- und Kindersterblichkeit 1963 in Eikwe zwischen 40 und 50%.²⁰¹ Das Krankenhaus deckte die medizinische Versorgung von ca. 25.000 Menschen ab.²⁰²

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Finanziert wurde die Errichtung des Krankenhauses durch Mittel der Diözese Tokaradi und Schenkungen und Darlehen von Misereor.²⁰³ Ende der 1980er Jahre finanzierte

¹⁹⁹ Projekt 5 Eikwe.

²⁰⁰ Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. The History of the hospital vom 04.11.84, S.1; Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. Project Presentation for AGEH-Regional Seminar from 2nd to 9th March 1995, S. 1; Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief vom Bischof von Sekondi-Takoradi Charles Sam an Misereor vom 25.09.86, S. 3.

²⁰¹ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S. 2.

²⁰² Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief an das Generalsekretariat des Deutschen Katholischen Missionsrates vom 09.03.71, S. 1.

²⁰³ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Beihilfe zur Ausstattung und zu den laufenden Kosten des Hospitals in Eikwe vom 10.09.71, S.2.

sich das Krankenhaus zu ungefähr gleichen Teilen durch Gebühren der Patienten, Beihilfen der ghanaischen Regierung und ausländische Gelder.²⁰⁴

Missionspersonal

1963 arbeiteten im Missionskrankenhaus Eikwe 3 Krankenschwestern der GHM, ein spanischer Arzt, sechs ghanaische Schwesternhelferinnen und 4 Arbeiter.²⁰⁵ Das Personal des Missionskrankenhauses bestand im Jahr 1981 aus einer deutschen Ärztin (GMH), 6 deutschen Schwestern der GMH (Krankenschwestern, Hebammen), 10 ghanaischen Krankenschwestern, 3 ghanaischen Hebammen, 3 ghanaischen Laborassistenten, 29 unausgebildeten Krankenpflegehelferinnen und 20 anderweitig Beschäftigten.²⁰⁶ Im 90-Betten-Krankenhaus in Eikwe, das der Diözese Tokoradi gehörte, arbeiteten im Jahr 1985 sieben Schwestern der GMH (1 Ärztin) und eine Ärztin des MI.²⁰⁷ In Eikwe waren insgesamt zehn MissionsärztInnen und 28 Schwestern der GMH im Einsatz.²⁰⁸

Medizinische Tätigkeit

Der Schwerpunkt lag auf der stationären und ambulanten Betreuung von Patienten im Krankenhaus. An präventiven Maßnahmen wurden Schwangerenfürsorge, Impfungen und Röntgenuntersuchungen zur TBC-Entdeckung durchgeführt.²⁰⁹ Das Krankenhaus wurde ausgebaut und die Zahl der Schwestern der GMH erhöhte sich im Projekt. Seit 1971 ermöglichte das Hospital Einheimischen eine Ausbildung als Krankenpfleger, Hebamme oder Laborassistent, indem es diese auf Missionsstationen und die Universität von Korlebu schickte. Seit 1982 wurden im Krankenhaus sogenannte Wardassistants ausgebildet.²¹⁰ Im Jahr 1982 beinhaltet das 95-Betten-Krankenhaus ein Tätigkeitsspektrum im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Chirurgie und der inneren Medizin, was durch eine deutsche Ärztin bewerkstelligt wurde. Ferner wurden Patienten aus drei staatlichen Gesundheitszentren an das Missionshospital überwiesen. Die durchschnittliche Zahl stationärer Patienten betrug im Jahr 1981 120 pro Tag und die der am-

²⁰⁴ Projekt 5 Eikwe. 5 d Reports – Bau. Annual Report 1989, S. 2.

²⁰⁵ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.1.

²⁰⁶ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Bericht Project Ghana concerning Sister Katharina Boehm vom Bischof von Sekondi-Takoradi Charles Sam vom 17.06.82, S.2.

²⁰⁷ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Bericht von Sr. Marie-Jeanne Poos (GMH) vom 29.07.85, S.1.

²⁰⁸ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

²⁰⁹ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief von Frau Dr. Marie-Luise Eisenbarth (GMH) an Misereor vom 19.07.76, S.1.

²¹⁰ Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. The History of the hospital vom 04.11.84, S.2.

bulanten Patienten 360 pro Tag. Es wurden 541 Geburten und 203 Operationen durchgeführt.²¹¹ Der Bereich der präventiven Medizin beschränkte sich auf Gesundheitserziehung, Impfungen und vorsorgliche Überwachung von Kindern und Müttern.²¹² Der Schwerpunkt der medizinischen Tätigkeit lag im kurativen Bereich. So geht aus den Statistiken hervor, dass das Krankenhaus im Jahr 1982 34.329 Laboruntersuchungen erstellte, 205 größere Operationen, die von Kaiserschnitt bis Amputation reichten, und 1494 kleinere operative Eingriffe durchführte.²¹³ Mitte der 1980er Jahre wurde das präventiv medizinische Engagement des Krankenhauses im Bereich der Impfungen sowie der Gesundheitsberatung durch besondere Sprechstunden für Kinder unter 5 Jahren und Hausbesuche forciert. Insgesamt wurden im Jahr 1987 7.718 Impfungen durchgeführt.²¹⁴ Ab Mitte der 1980er Jahre war das Hospital mit Aidskranken konfrontiert. Aus der zunächst empfundenen Hilflosigkeit heraus gründete man die sogenannten Aids awareness workshops, um der Krankheit entgegenzutreten.²¹⁵ Im Jahr 1995 begannen drei ghanaische Schwestern vom Kinde Jesus ihre medizinische bzw. krankenzpflegerische Tätigkeit im Hospital.²¹⁶

h) Basisgesundheitsdienst Navrongo (Ghana)

In Navrongo wurde von Schwestern der GMH ein Basisgesundheitsdienst aufgebaut und dafür nötige einheimische Kräfte geschult, an die der Dienst nach einiger Zeit übertragen wurde. Die Aufgaben des Basisgesundheitsdienstes umfassten die Betreuung von Müttern und Kindern, Durchführung von Impfungen, Malariaphylaxe und Beratungen zu Hygiene und Ernährung. Der Staat stellte die Impfungen zur Verfügung. UNICEF stellte Trockenmilch für unterernährte Kinder.²¹⁷ Das neue Konzept bestand darin, dass die Betreuung und Finanzierung der Gesundheitsdienste von Beginn durch die einheimische Bevölkerung getragen werden sollte. Es sollten sich unter Vorsitz der lokalen Autoritäten – Häuptlinge – die so bezeichneten Health committees bilden, die die

²¹¹ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Bericht Project Ghana concerning Sister Katharina Boehm vom Bischof von Sekondi-Takoradi Charles Sam vom 17.06.82, S.1f..

²¹² Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Bericht Project Ghana concerning Sister Katharina Boehm vom Bischof von Sekondi-Takoradi Charles Sam vom 17.06.82, S.2.

²¹³ Projekt 5 Eikwe. 5 d Reports – Bau. Annual Report 1982, S. 2.

²¹⁴ Projekt 5 Eikwe. 5 d Reports – Bau. Annual Report 1987, S. 1.

²¹⁵ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Brief von Dr. Gabriele Köthe an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 22.11.92.

²¹⁶ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Rundbrief vom Advent 1995.

²¹⁷ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Brief vom November 1984, S.6f..

Gesundheitshelfer – die so genannten village health workers – auswählen und für deren Bezahlung sorgen sollten.²¹⁸ Es zeigte sich aber, dass die lokale Bevölkerung dieses Angebot kaum in Anspruch nahm. Drei Schwestern der GMH übernahmen den Gesundheitsdienst.²¹⁹

i) Basisgesundheitsdienst Tumu (Ghana)

Seit Ende 1974 bis 1978 arbeiteten 2 Schwestern der GMH in Tumu. In einer Schule und auf Buschfahrten boten sie einen ambulanten Gesundheitsdienst an. Dabei führten sie Impfungen gegen Pertussis, Diphtherie, Tetanus, Polio und Masern durch. Schwangerenberatung und medizinische Versorgung der Kinder im Sinne eines präventiven Gesundheitsdienstes, der durch die einheimische Ordensgemeinschaft und die Bevölkerung getragen werden sollte, stand im Mittelpunkt der Tätigkeit.²²⁰ Es zeigte sich aber, dass die einheimischen Frauen, die dafür ausgebildet wurden, ihre Tätigkeit mit der Ehe aber wieder rasch aufgeben mussten. Sr. Karoline Schäfer schreibt in einem Tätigkeitsbericht aus dem Jahr 1976:

„Schwierig ist auch das Anlernen von Mitarbeitern. Die Mädchen werden meist schon im ersten Jahr nach Schulabschluß verheiratet und fallen damit wieder aus und die jungen Männer wandern in den Süden ab.“²²¹

Zwei Schwestern der GMH übernahmen den Gesundheitsdienst.²²²

j) St. Elisabeth Hospital in Shisong (Kamerun)

Als Laborantin war eine Schwester der GMH im St. Elisabeth Hospital in Shisong im Einsatz.²²³

²¹⁸ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Tätigkeitsbericht Nr. 7 für die Zeit vom März 1983 bis Sept. 1986, S.1.

²¹⁹ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

²²⁰ Archivbox GMH 1. Sr. Thea Gorsler. Brief von Sr. Thea Gorsler an den P. Direktor des MI Urban Rapp vom 17.12.75, S. 1f; Archivbox GMH 4. Sr. Karoline Schäfer. Tätigkeitsbericht für die Zeit vom 01.01.76–30.06.76, S. 1.

²²¹ Archivbox GMH 4. Sr. Karoline Schäfer. Tätigkeitsbericht für die Zeit vom 01.01.76–30.06.76, S. 2f..

²²² Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

²²³ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung; Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997 (1997), S. 322.

3. Pakistan

a) Fatima Hospital in Sargodha



Abbildung 11: Fatima Hospital in Sargodha²²⁴

Sargodha als Ort des Missionskrankenhauses

Im Jahr 1960 begann das MI in der Diözese Rawalpindi in der damals 100.000 Einwohner Stadt Sargodha in Westpakistan seine Gesundheitsarbeit.²²⁵ Das St. Francis Xavier's Hospital in Sargodha wurde am 01.02.1961 zunächst in einer Urduschule mit einer Bettenzahl von 30 als Behelfslösung vom MI in Betrieb genommen.²²⁶ Im Jahr 1962 wurde ein Krankenhausneubau für eine Bettenzahl von 60 begonnen.²²⁷ Das neu-gebaute Hospital wurde Fatima Hospital genannt. Die anfängliche Einschätzung der unzureichenden Krankenfürsorge der Bevölkerung relativierte sich bald, da es in Sargodha ein Regierungskrankenhaus, ein Militärhospital, ein evangelisches Krankenhaus und ein

²²⁴ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital.

²²⁵ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 13.09.60, S.1.

²²⁶ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswaertigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direkotr des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²²⁷ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direkotr des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

Tbc-Krankenhaus gab.²²⁸ Am 17. September 1980 wurde beschlossen, das Fatima Hospital an die Diözese Islamabad-Rawalpindi zu übergeben.²²⁹

Rechtliche und finanzielle Aufgaben- und Lastenteilung

Die Diözese Rawalpindi, die die Hilfe des MI beim Aufbau eines Krankenhauses angefordert hatte, versprach den Krankenhausbau zu finanzieren. Das MI stellte die technische Ausstattung und die personelle Besetzung mit Krankenschwestern und Ärzten. Im Falle von Sargodha stellte sich aber heraus, dass die Diözese ihre Verpflichtungen nicht erfüllen konnte, da sie ihre finanziellen Möglichkeiten überschritt. Denn die Gesamtbaukosten für ein Hospital wurden von Seiten des MI auf 560.000 DM geschätzt.²³⁰ Das Krankenhaus war in der Trägerschaft der Diözese von Rawalpindi.²³¹ Finanzielle Unterstützung erhielt das Krankenhaus weder von der Diözese Rawalpindi noch vom pakistanischen Staat. Die Gelder wurden durch UNICEF, das MI und einen großen deutschen privaten Spender bereitgestellt.²³² Misereor unterstützte das Fatima Hospital durch Darlehen und Schenkungen.²³³ Die laufenden Kosten des Krankenhauses konnten nicht über Einnahmen finanziert werden. Deshalb war es auf finanzielle Hilfen des MI und anderer Geldgeber angewiesen.²³⁴

²²⁸ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4.

²²⁹ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Dokument von Sr. Helene Tschoetschel (GMH) vom 08.12.80.

²³⁰ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Prälat Dossing vom 02.12.61, S. 1f..

²³¹ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswaertigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²³² Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswaertigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²³³ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Seite 2 der Anlage zum Schreiben vom 30.12.59, Projekt 320-4/1.

²³⁴ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Neuantrag an Misereor vom 13.01.71, S. 3.

Medizinische Tätigkeit

Der Schwerpunkt lag auf der stationären und ambulanten Patientenversorgung im Krankenhausbetrieb. Ambulant wurden im Jahr 1963 19.010 Patienten betreut. Stationär wurden im gleichen Jahr 308 aufgenommen.²³⁵

Missionspersonal

Das Personal bestand aus deutschen Kräften. Im Zeitraum zwischen 1961 und 1963 arbeiteten im Krankenhaus 1 deutsche Fachärztin für Chirurgie, drei deutsche Krankenschwestern (GMH) und eine österreichische Hebamme (GMH) sowie zwei einheimische angelernte Krankenschwestern und zwei einheimische Hebammen.²³⁶ Im Fatima Hospital in Sargodha waren sieben MissionsärztInnen, ein Bauingenieur und 19 Schwestern der GMH tätig.²³⁷

²³⁵ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswaertigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²³⁶ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswaertigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²³⁷ Vergleiche Anhang Nr. 2 Projektaufstellung.

C. Missionsmedizin im Transformationsprozess

1. Der postkoloniale Zeitraum: Missionshospitäler und der Staat

Als in der Dissertation zu untersuchender Zeitraum wurde 1952–1994 gewählt. Diese Zeitspanne umfasst das Wirken der GMH von der Gründung bis zum Ausscheiden aus dem MI. Es handelt sich um eine Zeit, die in Afrika und Asien davon geprägt ist, dass sich die europäischen Kolonialmächte aus den ehemaligen Kolonialgebieten zurückzogen und die neu entstehenden Staaten in die Unabhängigkeit entlassen wurden, was man unter den Schlagworten Dekolonialisierung und Nationalisierung verhandelt. In der Forschungsliteratur wird die Missionsmedizin häufig in Verbindung mit der Kolonialherrschaft behandelt. Ihr Ende bedeutete für die Missionsmedizin eine Zeit des strukturellen Umbruchs sowohl auf der Ebene der Geschichtsschreibung als auch auf der Ebene der historischen Ereignisse selbst. Die kolonialen Strukturen lösten sich auf oder wurden von den entstehenden Regierungen übernommen. Kirchliche Strukturen wie Diözesen und Pfarreien hingegen blieben weitgehend erhalten und dienten als Ausgangspunkt für Neugründungen von Gesundheitseinrichtungen. Die Missionen wurden meistens von europäischem Personal geleitet, das in den Ländern der ehemaligen Kolonien im Gegensatz zum Kolonialpersonal verbleiben konnte. Entscheidend für das Verständnis des Wirkens von Missionshospitälern in der postkolonialen Zeit ist das Verhältnis der nationalen Regierungen zu den Missionen. Denn die sich bildenden nationalen Regierungen waren die neuen Träger staatlicher Macht und gaben durch ihre Gesundheitspolitik Rahmenbedingungen vor. Die Pflegehistorikerin Mann Wall argumentiert, dass die katholische Missionsmedizin im Zeitraum nach 1945 auf die sich ändernden Bedingungen reagieren musste. Dies ergab sich laut Wall aus einer weit verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber missionarischer Tätigkeit, die als Teil kolonialer Strukturen betrachtet wurde.²³⁸ Der Historiker Hardiman beispielsweise macht in seinem Aufsatz über das Missionskrankenhaus im Zeitraum von 1880 bis 1960 darauf aufmerksam, dass die indische Regierung in den 1950er und 1960er Jahren eine ablehnende Haltung gegenüber ausländischen Missionaren einnahm. Hardiman argumentiert, dass die Missionshospitä-

²³⁸ Wall, B. M.: *Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980* (2013), S. 91.

ler deshalb entweder schließen oder rasch in personeller und finanzieller Hinsicht in indische Hände übergeben werden mussten.²³⁹

Für die von der GMH betreuten und in dieser Arbeit untersuchten Missionshospitäler lässt sich – so lautet meine Argumentation – eine Ambivalenz im Denken auf Seiten der GMH gegenüber staatlichen Organen herausarbeiten. Das Denkmuster schwankte zwischen Vertrauen und Misstrauen, Wunsch nach Kooperation und Unterstützung einerseits und der Angst vor Verlust der Eigenständigkeit im medizinischen Handeln durch staatliche Einflussnahme andererseits. Verbindender Gedanke war der einer Zweckgemeinschaft zu beiderseitigem Nutzen. Um medizinische Einrichtungen in den ehemaligen Kolonialgebieten aus religiöser Motivation heraus aufbauen zu können und zu dürfen, war für Missionshospitäler eine gute Sicherheitslage, Rechtssicherheit, Schutz des Eigentums, Arbeitserlaubnis, Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse, Religionsfreiheit und die Gewährung ausreichender Handlungsfreiheit für die medizinische Tätigkeit elementar notwendig. Diese Voraussetzungen konnten nur staatliche Institutionen gewähren und sicherstellen. Insoweit standen die europäischen Gesundheitsfachkräfte der GMH in einem Abhängigkeitsverhältnis. Auf staatlicher Seite herrschte eine grundsätzliche Skepsis gegenüber den Missionshospitälern. Dies war auf zwei Kernelemente des Missionskrankenhauses in der postkolonialen Ära zurückzuführen: die ausländische Herkunft und die missionarische Ausrichtung. Beides sahen die staatlichen Institutionen als Kontinuitäten aus der Zeit der Kolonialherrschaft, die als Fremdherrschaft definiert war und von der sie sich befreit hatten. Andererseits war man sich auf staatlicher Seite bewusst, dass die Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung v.a. auf dem Land²⁴⁰ nicht gewährleistet war. Ausländische Investitionen ins Gesundheitssystem wurden deshalb toleriert.

Aus der Analyse von Dokumenten der Missionshospitäler Indiens und Pakistans kommt man zur Erkenntnis, dass für die Regierung Missionshospitäler zu dulden waren, wenn ihre medizinische Tätigkeit im Rahmen des Interesses der öffentlichen Krankenversorgung verstanden wurde. So wurde das Vorhaben, dass Auländer ein Krankenhaus in

²³⁹ Hardiman, D.: *The Mission Hospital, 1880–1960* (2009), S. 218.

²⁴⁰ “Health services in Africa often fall short of the WHO-UNICEF goal of primary health care for all (WHO 1978a), especially for the rural sector, for many reasons. National wealth is finite, and there may be few funds in the absolute sense.” Vgl. MacCormack, C.: *Health Care and the Concept of Legitimacy in Sierra Leone* (1992), S. 427.

der Stadt Sargodha übernehmen, ausbauen bzw. neubauen, von offizieller pakistanischer Seite befürwortet.²⁴¹ Von Seiten der pakistanischen Behörden wurde das Krankenhaus Fatima Hospital als gemeinnützig klassifiziert.²⁴²

Die Sicherstellung der Gemeinnützigkeit der medizinischen Tätigkeit des Missionshospitals im Sinne des öffentlichen Interesses zeigt sich auch eindrücklich am Beispiel der Medikamentenbeschaffung für die Missionshospitäler in Indien.

Neben dem Personal war die Beschaffung von Medikamenten, die teilweise vom Medikamentenhilfswerk Medeor stammten, eine wichtige Frage für die Missionshospitäler. Um die Medikamente zollfrei aus Deutschland einzuführen, mussten beim Gesundheitsministerium Anträge einschließlich der jeweiligen Medikamentenlisten eingereicht und zusätzlich die Bedingungen erfüllt werden, dass die Medikamente kostenlos weitergegeben wurden und dass das Krankenhaus im Interesse der öffentlichen Krankenfürsorge in Indien tätig war.²⁴³ Zuschüsse von Seiten der indischen Regierung gab es nicht.²⁴⁴

Im öffentlichen Interesse war u.a. auch die Lepraarbeit. Die Zustimmung der indischen Behörden für die Lepraarbeit in Chetpet und die Zusammenarbeit mit der All India Leprosy Association wird immer wieder in der Korrespondenz erwähnt. In diesem Zusammenhang schreibt Frau Dr. Aschoff (GMH) am 29.04.1960: „Von der Regierung des Madras-Staates wurde uns jede Hilfe und Empfehlung in Delhi mündlich und schriftlich zugesagt.“²⁴⁵ In einem Bericht über den Stand der Arbeiten im German Leprosy Centre vom 01.12.63 wird das Verhältnis zu staatlichen Behörden bzw. anderen medizinischen Einrichtungen folgendermaßen charakterisiert:

„Die Zusammenarbeit mit den Regierungsstellen und den benachbarten medizinischen Institutionen ist gut. Insbesondere die All India Leprosy Association mit ihrem Vorsitzenden für Madras Sri T. N. Jagadisan gewährt uns jede gewünschte Unterstützung. Die

²⁴¹ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 13.09.60, S.1.

²⁴² Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Rundfrage des Auswärtigen Amtes betreffend deutsche Pflegeeinrichtungen im Ausland für die Jahre 1961–63, S.1f.; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.4; Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief vom P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Misereor vom 08.09.61, S.1.

²⁴³ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 13.02.55.

²⁴⁴ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Tätigkeitsbericht 1 Halbjahr 1955.

²⁴⁵ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Brief von Dr. Aschoff GMH vom 29.04.60.

kürzliche Bestellung als Government – Training – Centre ist uns ein willkommener Beweis für das Vertrauen, das wir bei den indischen Stellen inzwischen gewinnen konnten.“²⁴⁶

Kritisch standen die indischen Behörden aber dem Zuzug von ausländischen Gesundheitsfachkräften gegenüber, was sich in der Visaerteilung zeigt.

Visa für Indien zu erlangen, war aufgrund der unklaren Haltung der indischen Regierung bezüglich der Missionen, sowohl für die ÄrztInnen als auch für die Krankenschwestern und Hebammen nicht ganz einfach. Obwohl der indische Botschafter in Bonn den Missionen nicht abgeneigt war, hatte die indische Regierung etliche Missionsangehörige Anfang der 1950er Jahre nicht einreisen lassen. Aus diesem Grund wurde in den Visaanträgen die ärztliche und krankenpflegerische Tätigkeit hervorgehoben und nicht die missionarische Komponente des Einsatzes betont.²⁴⁷ Dennoch wurden für einige Krankenschwestern der GMH ohne Darlegung der Gründe die Anträge auf Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung für das Hospital in Shrirampur abgelehnt.²⁴⁸ Diese willkürlich erscheinende Visapolitik führte oft zu Schwierigkeiten bei der Planbarkeit des Personalstands der Missionshospitäler und zu persönlichen Enttäuschungen bei Schwestern der GMH, die nicht nach Indien einreisen konnten. Beispiel hierfür ist das Missionskrankenhaus in Jhansi.

Dass das Gesundheitspersonal seine Arbeit erst im Jahr 1956 aufnehmen konnte, obwohl die Diözese Jhansi schon seit 1954 mit der Übernahme des Krankenhauses durch deutsche Ärzte und Krankenschwestern rechnete, war Folge der vielen bürokratischen Hindernisse seitens des indischen Staates. Aus der Korrespondenz geht immer wieder hervor, dass insbesondere die Beschaffung von Visa, die ohnehin befristet waren und immer wieder verlängert werden mussten, längere Zeit in Anspruch nahm. Die Gründe für Annahme und Ablehnung der Visaanträge blieben oft im Vagen. Eine gewisse Willkürlichkeit seitens der Behörden liegt aber nahe, da bei Gleichheit von Alter und Ausbildung der Antragsteller der Bescheid unterschiedlich ausfallen konnte. Meist war es Kontakten der Diözese Jhansi zu indischen Stellen zu verdanken, dass die Visa letztlich

²⁴⁶ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Bericht über den Stand der Arbeiten im German Leprosy Centre vom 01.12.63.

²⁴⁷ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief von P. Prucker vom 19.11.53.

²⁴⁸ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 16.06.55.

doch für eine notwendige Mindestanzahl an Personen ausgestellt wurden.²⁴⁹ So entstand innerhalb des Missionspersonals das Gefühl der Unsicherheit, ein Zweifel, ob die medizinische Tätigkeit willkommen sei.

Das Verhältnis zum indischen Staat war Anfang der 1970er Jahre geprägt von der Unsicherheit, wie sich dessen Haltung zu den Einrichtungen der Missionen entwickeln würde. In der Korrespondenz wird diese Angst vor einer Verstaatlichung ausländischer Missionseinrichtungen thematisiert, nachdem Missionare aus Assam ausgewiesen worden waren.²⁵⁰

Beispielhaft für diese Sorge sei hier ein Auszug aus einem Brief schon aus dem Jahr 1969 angeführt:

„Inzwischen hat sich gezeigt, dass es auch fuer St. Luke´s von groesster Bedeutung waere, nicht als ein Institut mit auslaendischer Leitung zu gelten. Erinnern Sie sich an unser Memorandum, das wir in Ahemednagar dem Charity Commissioner ueberreichten? Der 2. Punkt darin war: the head office of the society (St. Luke´s Hospital Trust) is in Wuerzburg, the registered office in India is Shrirampur usw. Und No. 4: the Director of the Medical Mission Institute is the one and only official at Wuerzburg and gives full power to the Superior, St. Luke´s usw. Es ist eine grosse Gefahr dass alle auslaendischen Guthaben und Besitze verstaatlicht werden. [...] Wir haben naemlich neuerdings wieder weitere Nachfragen diesbezieglich bekommen.“²⁵¹

Dieses Denkmuster hatte direkte Auswirkungen auf das Handeln der Verantwortlichen für das Missionskrankenhaus. Als Vorsichtsmaßnahme wurde beispielsweise das St. Luke´s Hospital deswegen offiziell dem Bischof von Poona unterstellt und galt somit als indischer Besitz. Gleichzeitig wurde mit dem Bischof ein Vertrag geschlossen, in dem geregelt wurde, dass die Entscheidungsbefugnis über die Einstellung von Ärzten und Schwestern beim MI blieb und die Finanzverwaltung des Krankenhauses dem Hospital trust – wie er vorher auch schon existierte – oblag.²⁵² Besonders besorgt verfolgte man das Aufkommen nationalistisch hinduistischer Bewegungen innerhalb der indischen Gesellschaft, da man dadurch eine Bedrohung für den Bestand der Gesundheitseinrichtun-

²⁴⁹ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Fenech an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 15.11.55.

²⁵⁰ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 02.10.69.

²⁵¹ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 02.10.69.

²⁵² Archivbox GMH 3. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Sr. Christine Ott.

gen befürchtete. So waren beispielsweise angesichts des Erstarkens der nationalistisch hinduistisch ausgerichteten Janatha Partei in Indien die Verantwortlichen des MI und der GMH beunruhigt, ob unter Führung dieser Partei die Arbeit ausländischer christlicher Organisationen wie gewohnt fortgesetzt werden könnte. So schrieb der Direktor des MI P. Urban Rapp 1980 in einem Brief:

„Man hat hier den Wahlausgang genau vorausgesagt, so daß wir also hier über die 2/3 Mehrheit nicht überrascht sind, und eigentlich hat man hier etwas aufgeatmet. [...] Ich persönlich bin sehr froh über den Ausgang der Wahl, denn unsere Arbeit in Indien war durch die Janatha-Partei sehr gefährdet. So habe ich es wenigstens gesehen.“²⁵³

Die Kooperation zwischen Missionshospital und Behörden war dadurch gekennzeichnet, dass der indische Staat keine finanziellen Hilfen gewähren wollte. Gleichzeitig stellten sich die Verantwortlichen für die Missionshospitäler gegen potentielle finanzielle Beteiligungen des Staates, weil man einen Verlust institutioneller Kontrolle befürchtete. So nimmt es nicht wunder, dass die Zusammenarbeit mit der Regierung häufig über Wortbekenntnisse nicht hinausging, was die Korrespondenz belegt. So heißt es dort beispielsweise aus der Sicht der Schwestern der GMH in einem Brief aus Shevgaon an Misereor im Jahr 1983: „[...] Leider versiegt die Hilfe und Zusammenarbeit mit der Regierung oft schon am Schreibtisch.“²⁵⁴

Ein Beispiel für die Skepsis gegenüber staatlicher finanzieller Beteiligung v.a. in den 1950er und 1960er Jahren findet sich im Lepraprojekt Chetpet. Auch wenn man in das staatliche Leprakontrollprogramm eingebunden und auf das Wohlwollen der indischen Behörden angewiesen war, forcierte man in Chetpet eine mögliche finanzielle Beteiligung indischer Stellen am Projekt nicht. Man befürchtete nämlich, die Kontrolle über das Projekt zu verlieren. So heißt es in einer Aktennotiz einer Besprechung zwischen dem DAHW und MI im Jahr 1965: „Es gibt Leprazentren, die hundertprozentig von der Regierung getragen werden. Laut Brief von Dr. Aschhoff hat P. Eugen Prucker eine solche Unterstützung abgelehnt mit der Befürchtung, die Selbständigkeit dort zu verlieren.“²⁵⁵

²⁵³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von P. Direktor Urban Rapp an Frau Dr. Aschhoff vom 25.01.80.

²⁵⁴ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 18.02.83.

²⁵⁵ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe DAHW. Aktennotiz über die Besprechung DAHW und Institut am 30.12.65.

Eine finanzielle Beteiligung der indischen Regierung war nämlich mit der Forderung verbunden, schnell europäisches Personal durch Indisches zu ersetzen.²⁵⁶ Zum einen war dies Anfang der 1960er Jahre nicht mit dem Konzept des MI kompatibel und zum anderen wollte man in Personalfragen ungebunden in der Entscheidung bleiben.

Gerade im Bereich der präventiven Medizin gab es Überschneidungen mit Kompetenzen der staatlichen Gesundheitsbehörden. So war beispielsweise die Bekämpfung von Seuchen, denen durch Impfkampagnen begegnet wurde, ureigenste Aufgabe des Staates. Staatlicherseits nutzte man für die Abdeckung der Bevölkerung mit entsprechendem Impfschutz sowohl die Infrastruktur und das Personal der Missionskrankenhäuser als auch dessen Willen, Impfstoffe zu beschaffen. In Extremsituationen funktionierte die Zusammenarbeit zwischen Staat und Missionshospitälern am besten, wobei diese Kooperation zeitlich begrenzt blieb.

Eine Zusammenarbeit mit staatlichen und städtischen Behörden und dem St. Luke's Hospital in Shrirampur fand beispielsweise im Rahmen einer Hungersnot im Jahr 1973, die den ganzen Ahmednagar Distrikt betraf, statt. Hierbei verteilte das Personal des St. Luke's Hospital in Abstimmung mit der Stadtverwaltung an fünf Verteilungs- und Betreuungsstellen Milch in den Dörfern der Umgebung. Man verband hierbei Elemente der karitativen Notfallhilfe für die Hungernden mit Elementen der Gesundheitserziehung. Beispielhaft sei ein kurzer Abschnitt aus einem Brief von Sr. Christine Ott aus dieser Zeit zitiert:

„Wir versuchen, zusammen mit der Municipality Milchverteilungsstellen aufzumachen. Die Milch geben wir und die Stadt gibt die Helfer zum Verteilen und Organisieren. Es ist eine extra Belastung und vor allem, wenn wir auch die angebotenen 13 Tonnen Schweizermilch noch zur Verteilung annehmen, wird es nicht ganz einfach werden. In Shrirampur fragen sich die Leute schon, wo das German Hospital nur die ganze Milch und das Getreide herbekommt. Es tut gut sagen zu können, dass das von unseren christ-

²⁵⁶ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe Misereor. Projekt-Nr.: 3.064 Errichtung eines Behandlungszentrums für Aussätzige bei Madras, S. 2 Auszug: „Die Regierung fördert die Einrichtung derartiger Behandlungszentren, sie hat dem deutschen Aussätzigen-Hilfswerk sogar die Übernahme eines weiteren Behandlungszentrums in New Delhi selbst angeboten. Bedingung ist allerdings die Ablösung des europäischen Personals durch einheimische Kräfte nach einiger Zeit.“

lichen Brüdern in der ganzen Welt kommt, die durch Zeitung und Radio von der Hungersnot gehört haben.“²⁵⁷

Ein weiteres Beispiel findet sich in Shevgaon. Während einer Dürrezeit 1983 im Gebiet Shevgaon nahm das Nityaseva Hospital neben einem Milchpulververteilungsprogramm an einer Regierungsaktion dem so genannten Scarsity Relief programm teil. Dabei stellte es Regierungsärzten seine Fahrzeuge zur Verfügung und die Schwestern begleiteten diese.²⁵⁸

Insgesamt finden sich Beispiele für eine Kooperation, wie sie v.a. von Misereor ab der Mitte der 1970er Jahre verlangt wurde, nur vereinzelt. Folgendes Beispiel aus Shrirampur sei hier angeführt.

Die klassischen Präventivmaßnahmen wie Impfungen der Bevölkerung gegen Pocken, Tuberkulose und Cholera – von letzt genannter gab es größere Ausbrüche in den 1960er Jahren in Shrirampur – wurden von staatlicher Seite durchgeführt. Eine Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen konnte im Bereich der Malariadiagnostik und -therapie erreicht werden. So wurde ein Laborant der Gesundheitsverwaltung im St. Luke's Hospital dauerhaft eingesetzt, um Malariaausstrich-Untersuchungen bei Fiebererkrankungen durchzuführen. Außerdem wurden Patienten, die an Malaria erkrankt waren, in den staatlichen Gesundheitsposten in den Dörfern weiterbehandelt. Da das St. Luke's Hospital das größte und das technisch best ausgestattete Krankenhaus in der Gegend um Shrirampur war, wurden Patienten mit schweren Erkrankungen oder komplikationsträchtigen Geburten von den Gesundheitsposten der Dörfer und der staatlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen in Shrirampur selbst an das St. Luke's Hospital überwiesen.²⁵⁹

Rückblickend betrachtet verhielt sich der indische Staat relativ neutral. Zwar förderte er die Missionskrankenhäuser und die Gesundheitsarbeit der GMH nicht wesentlich,

²⁵⁷ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 05.03.73.

²⁵⁸ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief an Misereor vom 13.01.73; Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 18.02.83. Auszug: „Seit Dezember besuchen wir die sog. „Working camps“ (Steinbrüche, Straßen, Kanalbau etc.) wo die Bauern mit ihren ganzen Familien arbeiten, für medizinische Betreuung. Es sind in unserm Bezirk 10 Camps von 300–2000 Menschen und mit einer Entfernung von 5–50km vom Hospital. Bis jetzt belegen wir damit 3 Tage der Woche mit 5 Personen – 1 Arzt MBBS, 2 Nurses RNRM, 1 Helferin und 1 Fahrer. Ein Government-Arzt mit Helfer schließen sich manchmal mit Medikamenten vom Government an.“

²⁵⁹ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 3.08.72 und 12.03.73.

hemmte aber auch nicht deren Entwicklung entscheidend. Die medizinische Tätigkeit der Missionshospitäler war einem Adaptationsprozess an die herrschenden Verhältnisse unterworfen. Der missionarische Charakter musste mit Rücksicht auf die indischen Stellen etwas zurückgenommen werden. Hingegen wurde der medizinisch-krankenpflegerische Aspekt des Missionshospitals für eine breite indische Öffentlichkeit betont, um Missionsmedizin fortsetzen und betreiben zu können. Der ausländische Charakter der Missionshospitäler musste sowohl im äußeren Erscheinungsbild als auch in rechtlicher Hinsicht reduziert werden. Diese Handlungsweise war Folge eines Denkmusters, das geprägt war von Gefühlen der Unsicherheit, wie nationalistisch und hinduistisch, wie xenophob und antikatholisch sich die indische Gesellschaft entwickeln würde. Eine Kooperation mit staatlichen Stellen fand in Notzeiten im Sinne einer koordinierten Katastrophenhilfe statt. Als Krankenhaus war man Anlaufstelle für Patienten staatlicher Gesundheitsposten.

Betrachtet man die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen in Afrika kommt man zu teilweise deutlich anderen Ergebnissen. Die Voraussetzungen für einen geregelten, funktionierenden Krankenhausbetrieb, die von staatlicher Seite geschaffen werden mussten, waren prinzipiell die gleichen wie auf dem indischen Subkontinent. Während jedoch die Verhältnisse auf dem indischen Staatsgebiet für die Gesundheitseinrichtungen mehr oder weniger gleich waren, war eine solche Homogenität der Bedingungen in den einzelnen afrikanischen Staaten, denen sich die Schwestern der GMH gegenüberstehen, nicht gegeben. Eine Besonderheit der medizinischen Tätigkeit der GMH in Afrika besteht darin, dass sie dort u.a. in Regierungshospitälern tätig waren. In den Regierungshospitälern bestimmten sie nicht die Ausrichtung der Krankenhäuser. Sie hatten wenig Einfluss auf die Hospitalarbeit. Als Gesundheitsfachkräfte brachten sie ihre Arbeitskraft und ihr Wissen in den Regierungshospitälern soweit möglich ein.

In der Korrespondenz lässt sich eine gewisse Resignation und Hilflosigkeit bzw. Unzufriedenheit bzgl. der Bedingungen in den Regierungshospitälern erkennen. Besonders deutlich zeigt sich dies im Kongo. Die Regierungshospitäler waren dort aus ehemaligen belgischen Krankenhäusern hervorgegangen und vom kongolesischen Staat verstaatlicht worden. Beim Regierungshospital Poko beispielsweise handelte es sich um eine 200 Betten Krankenhausgründung aus der Zeit belgischer Kolonialherrschaft. Seit der Unabhängigkeit verfiel es zusehends und konnte mit der Unterstützung des Staates

nicht in ausreichendem Maße rechnen. Korruption, Schwarzhandel, unregelmäßig gezahlte Löhne für Ärzte und Krankenpflege und fehlende Investitionen für Renovierung und Instandhaltung machten einen gut funktionierenden Krankenhausbetrieb schwierig, wenn nicht unmöglich.²⁶⁰ Eindrückliche Formulierungen für den Zustand des Krankenhauses Anfang der 1980er Jahre finden sich in einem Bericht:

„Poko hat ein solides und großzügig gebautes Krankenhaus für 200 Betten aus der Belgierzeit. Es ist unmöglich für die Zairoesen so ein europäisches Gebäude mit all seiner Technik instand zu halten. Es ist heute verkommen, hat keinen elektrischen Strom mehr, kein fließendes Wasser mehr, der Röntgenapparat ist kaputt. In den verrosteten Bettgestellen, in denen gerade kein Patient liegt, sind keine Matrasen. Sie werden gestohlen und müssen deshalb hinter Schloß und Riegel gehalten werden. Der junge zairische Arzt in Poko verdient 800 Zaire im Monat. (1.- DM = 2,3 Zaire offiziell, 4,5 Zaire schwarz). Ein examinierter Pfleger bekommt monatlich 150–180 Zaire und ein Hilfspfleger 30 Zaire. Ein Arbeiter hat einen Tageslohn von 2,80 Zaire. (1 Ei kostet 1 Zaire, 1 Stück Kernseife 3 Zaire, 1 Herrenhemd: 80 Zaire, Stoff für einen Frauenrock 80 Zaire). Unter den zwanzig Krankenhausangestellten in Poko war verständlicherweise große Unzufriedenheit. Schon drei Monate waren vom Staat keine Gehälter gekommen. Die Medikamente vom Staat sind unzureichend und kommen nur in Bruchteilen an, sie werden unterschlagen und zu Wucherpreisen verkauft.“²⁶¹

Neben der Tätigkeit in Regierungseinrichtungen schufen sich die Schwestern der GMH eigenständige Arbeitsgruppen, die vom Staat unabhängig waren und die die Mittel für ihre Tätigkeit durch kirchliche Spenden aus Europa erhielten. Tätigkeiten solcher Arbeitsgruppen waren das Anlegen einer Leprakartei und die Verteilung von Medikamenten an die Leprakranken, Betreuung von Dispensaries durch sogenannte Buschfahrten in Zusammenarbeit mit den lokalen Kirchengemeinden, Zahnarztpraxis und Impfaktionen. Problematisch gestaltete sich dabei das Verhältnis zum kongolesischen Staat, da dieser die Projekte finanziell nicht unterstützte, aber wenig rechtliche Sicherheit geben wollte und durch Abgaben und Kontrollen seine Macht demonstrierte. Als Beleg sei ein

²⁶⁰ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 4.

²⁶¹ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 4.

Auszug aus der Korrespondenz aus der Krankenpflegeschule Dungu aus dem Jahr 1987 angeführt, die Schwestern der GMH eine Zeit lang betreuten:

„Kürzlich hatten wir Besuch von der Schulbehörde in Kisangani. 2mal im Jahr werden wir von der Inspektion „heimgesucht“! Die Coordinatrice war beeindruckt von der Einrichtung der Schule. Leider gibt es in ganz Zaire nur wenige Krankenpflegeschulen, die noch funktionieren. Das ist vor allem der grosszügigen Hilfe aus Europa zu verdanken. Der zairoisische Staat gibt uns keinen Likuta, im Gegenteil: sie kassieren 45% des Schulgeldes der Schüler ein. Damit werden dann die Beamten bezahlt, deren Beschäftigung mir rätselhaft ist. Um uns „über Wasser zu halten“, versuchen wir ein wenig Autofinancement. Es ist mühsam, die Einnahmen decken nicht die Ausgaben, besonders die Löhne sind sehr hoch. Die Diözese hat einen Teil der Finanzierung der Gehälter übernommen mit Spenden von Memisa [niederländische katholische Hilfsorganisation; M. E.] und den Gewinn der Diözesan-Pharmacie.“²⁶²

Das Krankenhaus in Amadi erhielt keinerlei staatliche Unterstützung.²⁶³

Ganz anders als im Kongo war die Situation in Namibia und Rhodesien. Die Situation ließ sich dort mit Strukturen aus der Kolonialzeit vergleichen. Die südafrikanische Union, in der eine weiße Oberschicht die wichtigen Regierungsämter bekleidete, verwaltete das heutige Namibia. Der Bau des Sacred Heart Hospital Nyangana wurde durch eine Subvention der südafrikanischen Regierung finanziell unterstützt.²⁶⁴ Die südafrikanische Regierung finanzierte die Kosten für das Personal des Krankenhauses. Die Hälfte der Löhne erhielt als Gegenleistung für freie Wohnung und Verpflegung die Diözese Windhoek und die andere Hälfte wurde an die GMH weitergegeben.²⁶⁵ Mit Medikamenten wurde das Krankenhaus durch die südafrikanische Regierung versorgt.²⁶⁶ So gelang es dem Missionshospital bald, den laufenden Betrieb des Krankenhauses ohne Fremdmit-

²⁶² Archivbox GMH 1. Brief von Sr. Gertraud Zimmermann an den P. Direktor Urban Rapp vom 24.11.87 (abgeheftet in Archivbox GMH 1 Sr. Maria Bextermöller).

²⁶³ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 92/2+3. 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire von Sr. Maria Bextermöller GMH, S. 1–4.

²⁶⁴ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Brief von Prälat Johannes Solzbacher an die Firma MAN vom 14.04.53.

²⁶⁵ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Vertrag für den Krankenpflegedienst im Missionshospital Nyangana zwischen dem Missionsärztlichen Institut Würzburg, der Gemeinschaft der Missionshelferinnen Würzburg und der Diözese Windhoek, vertreten durch Bischof Rudolph Koppmann vom 06.07.74.

²⁶⁶ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Ortsangabe, S. 2.

tel aus Europa zu finanzieren.²⁶⁷ Die Krankenschwestern mussten vor Einreise nach Namibia von der südafrikanischen Regierung als qualified nurse anerkannt und registriert werden.²⁶⁸ Die Regierung nutzte die Bereitschaft der Kirche bereitwillig, sich im Gesundheitswesen des Landes zu engagieren. Es war ihr bewusst, dass diese in der Lage war, zusätzliche ausländische Fachkräfte ins Land zu holen. So wurden Bitten um Übernahme von Einrichtungen an die Diözese Windhoek herangetragen, die die Ausführung an das MI und die GMH delegierte. Hierbei stufte man die Lepraarbeit auch in Namibia als eine besonders missionarische ein. Die Übernahme eines Lepraprojekts konnte aber trotzdem nie realisiert werden.

Dass das Verhältnis zur südafrikanischen Regierung nicht ohne Spannungen war, ergibt sich aus der Uneinigkeit in der Frage der Apartheidspolitik. Der Staat begrüßte, dass sich die Missionskrankenhäuser in Gebieten mit überwiegend schwarzafrikanischer Bevölkerungsmehrheit engagierten. Die unterschiedliche Einstellung in der Apartheidsfrage zwischen Staat und Kirche führte aber zu einer innerlichen Distanz des kirchlichen Gesundheitspersonals, obwohl man finanziell von den staatlichen Unterstützungen abhing. Der Staat förderte die Missionen, beäugte sie aber aufgrund ihrer Haltung in der Apartheidsfrage skeptisch. Diese grundsätzliche Skepsis findet ihren Ausdruck in der Korrespondenz. Als Beispiel sei ein Auszug aus einem Brief der Missionsärztin Dr. Fisch aus dem Jahr 1958 angeführt:

„Die katholische Mission scheint nach der Wahl des neuen Ministerpräsidenten einer schweren Zeit entgegenzugehen, da unsere Missionierung mit dem Apartheidfimmel nicht in Einklang zu bringen ist. Die „kleinen Brüder Jesu“ sind schon kurzfristig ausgewiesen worden u. haben sich in Angola auf der anderen Okavangoseite niedergelassen. [...] Mit Medikamenten werden wir kurz gehalten und darum möchte ich ganz, ganz herzlich für die große Medikamentenkiste danken, die so viele der alt bewährten deutschen Präparate enthält.“²⁶⁹

²⁶⁷ Archivbox F1 Dr. Maria Fisch. Mappe Dr. Fisch Maria II. Brief an den P. Direktor Eugen Prucker vom 1. Adventssonntag 1959. Auszug: „Unsere finanziellen Einnahmen liegen mit Hilfe der Tbc-Beihilfen jetzt so hoch, daß wir das Hospital selbst unterhalten können.“

²⁶⁸ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Brief von Bischof Rudolph Koppmann OMI an den P. Direktor Urban Rapp vom 22.12.72.

²⁶⁹ Archivbox F1 Dr. Maria Fisch. Mappe Dr. Fisch Maria II. Brief an den P. Direktor Eugen Prucker vom 20.09.58.

Diese Unterschiede führten dazu, dass die Regierung auch die Übernahme bestimmter Projekte durch die Kirche ablehnte und zuerst mit säkularen europäischen oder weißen Fachkräften besetzte. War dies nicht möglich, wandte man sich an kirchliche Einrichtungen. So heißt es in einem Brief des Ortsbischofs an den Direktor des MI im Jahr 1979:

„Der Chefarzt Dr. Pretorius vom Rundu/ Kavango war vorige Tage hier bei uns und bat uns die Leprastation Mashare mit der TBC Station und der Ambulanz-Klinik zu übernehmen. Die einzige weisse finnische Schwester dort verlässt Ende des Jahres das Land. Nun sitzt die Regierung und hat niemanden, der nach den Leprakranken schaut. Zwei sisters würden genügen, besser wären natürlich drei, so meinte er. Ich sagte dem Herrn, dass wir uns früher um diese Station bemüht hätten und man unser Ersuchen ziemlich brüsk zurückgewiesen habe. Nun kommen sie ganz klein und hässlich an und bitten um Hilfe. Können Sie helfen??? Es wäre für uns, auch missionarisch gesehen, eine wunderbare Arbeit.“²⁷⁰

In der Frage des missionarischen Charakters der Missionshospitäler war man weit weniger Vorbehalten ausgesetzt als in Indien.

In Rhodesien, in denen nach der Unabhängigkeit 1965 von England zeitweise eine weiße Oberschicht regierte, waren die Verhältnisse bis zu den politischen Unruhen in den 1970er Jahren vergleichbar mit Namibia. So wurden das St. Luke's und das St. Paul's Hospital in den 1950er, 1960er und 1970er Jahren von der rhodesischen Regierung finanziell unterstützt. Die Regierung bezahlte pro Bett einen jährlichen Pauschalbetrag (120DM) und 75% der Beschaffungskosten für Medikamente, 50% der Bau- und Ausstattungskosten sowie ein Drittel der Gehälter von Ärzten und Krankenschwestern wurden übernommen.²⁷¹

Existenziell bedrohlich für die Missionshospitäler und die Gesundheitsarbeit der GMH in Afrika waren politische Unruhen, die zu Plünderungen und Verwüstungen der Gesundheitseinrichtungen sowie zu Ermordungen des Missionspersonals führten. Diese schlechte Sicherheitslage führte zur Aufgabe von Projekten und zum Rückzug der GMH aus diesen Ländern. So führte die Ermordung der Missionsärztin Dr. Decker und die weiterer Missionare, darunter auch der Bischof der Diözese Bulawayo, 1977 dazu, dass

²⁷⁰ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Brief von Bischof Rudolph Koppmann OMI an den P. Direktor Urban Rapp vom 06.08.79.

²⁷¹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe bei Misereor vom 24.09.65, S.2.

sich die Schwestern der GMH aus den Missionshospitälern Fatima, St. Luke's und St. Paul's zurückzogen und Rhodesien verließen. Das Fatima und das St. Paul's Hospital wurden aufgegeben.²⁷² Im Kongo gab es zwei Jahrzehnte später eine Parallele. So verließen die Schwestern der GMH nach der Zerstörung der Gesundheitseinrichtungen in Poko, Amadi und Ndendule durch die Rebellen 1996/97 im Zuge des Aufstandes gegen Machthaber Mobutu den Kongo.²⁷³

Eine Mittelstellung unter den Missionshospitälern der GMH in Afrika nimmt das diözesane St. Martin de Porres Krankenhaus in Ghana ein. Beihilfen durch den ghanaischen Staat gab es nicht in ausreichendem Maße.²⁷⁴ Die staatlichen Health Centres überwiesen Patienten an das Krankenhaus.²⁷⁵ Die Zusammenarbeit mit der ghanaischen Regierung wird als gut beschrieben, was sich auch in den Besuchen wichtiger staatlicher Autoritäten zeigte. Als Beispiel sei folgender eindrücklicher Auszug aus der Krankenhausgeschichte Eikwes von 1984 angeführt:

„We have always been on good terms with the Government and never asked in vain for support. Often we got supplies for our staff and patients from the Ministry of Health in Tokaradi. They sent us in 1979 an airlift for a couple of months when the Tokaradi road was cut off by floods. As a personal appreciation towards the staff of the hospital President Limann has sent a sheep by helicopter as a present. Only a few month ago the Head of State, J. Rawlings, paid a visit to our hospital.“²⁷⁶

Mitte der 1980er Jahre brach das staatliche Gesundheitssystem Ghanas zusammen, was dazu führte, dass kirchliche Krankenhäuser dem Patientenzulauf nicht gewachsen waren. 1986 schrieb der einheimische Bischof Charles Sam: „At the moment the District and Regional Hospitals are nearly broken down, so that many patients from far away attend the hospital (a radius up to 100 km).“²⁷⁷

²⁷² Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1.

²⁷³ Archivbox GMH 2 Sr. Elisabeth Mager. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 97/3. Ein Schmerzhafter Abschied. Schwestern der Gemeinschaft der Missionshelferinnen verlassen Zaire nach jahrzehntelanger Arbeit, S. 10.

²⁷⁴ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Beihilfe zur Ausstattung und zu den laufenden Kosten des Hospitals in Eikwe vom 10.09.71, S.3.

²⁷⁵ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief von Frau Dr. Marie-Luise Eisenbarth (GMH) an Misereor vom 19.07.76, S.1.

²⁷⁶ Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. The History of the hospital vom 04.11.84, S. 3.

²⁷⁷ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief vom Bischof von Sekondi-Takoradi Charles Sam an Misereor vom 25.09.86, S. 2.

Das Missionskrankenhaus in Eikwe war Anlaufstelle für die Bevölkerung, da es unabhängig von dieser Entwicklung weiter existierte und funktionierte. Eine besonders eindrückliche Stelle aus der Korrespondenz der Missionsärztin Dr. Gabriele Köthe aus dem Jahr 1982 sei an dieser Stelle zitiert:

„In ganz Ghana und somit auch in der Western Region ist das Gesundheitswesen zusammengebrochen und selbst in den Apotheken der Großstaedte gibt es wichtige Medikamente nicht zu kaufen. Wir sind hier weit und breit das einzige Hospital, das eine aerztliche Versorgung aufrechterhalten kann mit Hilfe von Deutschland. Allerdings haben sich die Dinge ganz anders entwickelt als wir sie uns vorgestellt haben. Der Patientenanstrom steigt von Jahr zu Jahr rapide an. Unsere Ambulanz, die fuer 200 Patienten gebaut wurde, muss taeglich 400 und an den zwei Hauptambulanztagen 600 bis 800 durchschleusen. Dabei haben wir nur ein einfaches Buschhospital. Wir haben 100 Betten, doch oft 150 stationaere Patienten, wobei die dazugerechneten zwischen den Betten liegen. Wir arbeiten hier mit 7 deutschen Schwestern [...] Jede Schwestern fuehlt mehrere Posten aus und ist damit chronisch ueberbelastet.“²⁷⁸

Abschließend beurteilt lässt sich für die Gesundheitseinrichtungen der GMH in Afrika sagen, dass die Entwicklung der Missionshospitäler relativ eng mit den politischen und gesellschaftlichen Veränderungen auf nationaler Ebene verknüpft war. In Afrika konnte die klassische Missionsmedizin mit starker staatlicher Unterstützung und wenig Einschränkungen in missionarischen Fragen länger beibehalten werden als auf dem indischen Subkontinent. Die Freiheit im medizinischen Tätigkeitsfeld war größer und die Kontrolle in Visa- und Anerkennungsfrage von Diplomen weniger aufwendig. Auf der anderen Seite waren die Sicherheitslage und Rechtssicherheit unkalkulierbarer als in Indien. Deshalb konnten nicht alle Projekte übergeben werden, sondern wurden teilweise fluchtartig verlassen.

2. Der Begriff Missionsmedizin im Wandel

Das öffentliche Bild der Missionsmedizin ist in der allgemeinen Wahrnehmung untrennbar mit dem Typus des Missionsarztes der Kolonialzeit verbunden, der – wie es David Hardiman in der Einleitung zu „Healing bodies and saving souls“ eindrücklich darstellt –

²⁷⁸ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief von Frau Dr. Gabriele Koethe (GMH) an die Firma ABU vom 31.03.82, S. 1.

sich nicht nur um die Gesundheit der Einheimischen, sondern auch um ihr Seelenheil sorgte im täglichen Ringen mit den Kräften einer übermächtig erscheinenden Natur und dem Unbekannten einer fremden Kultur des Aberglaubens, der Unwissenheit und der Unmoral.²⁷⁹ Dieses Bild der Missionsmedizin und des Missionsarztes war ein Stereotyp der Missionszeitungen und der öffentlichen Wahrnehmung im 19 Jhd.. Es bringt aber die allgemein anerkannte öffentliche Meinung bis Anfang des 20 Jhd. zum Ausdruck, dass die europäischen Gesellschaften davon überzeugt waren, im Auftrag der Zivilisation und des Christentums in den Ländern der Kolonialgebiete mit Recht tätig zu sein.

Aus theologischer Sicht – so argumentiert der Missionstheologe und -historiker Grundmann²⁸⁰ – waren biblische Entsprechungen, in denen Jesus als Heiler erscheint und ein Beispiel christlicher Nächstenliebe gibt, grundlegend für das Selbstverständnis der Missionsmedizin. Eigenes Seelenheil und Missionierung standen im Vordergrund der Zielsetzung der Missionsmedizin des 19. Jhds. und zu Beginn des 20. Jhds.. Medizin – so war die Vorstellung – eröffnete durch einen Vertrauen stiftenden Prozess einen Zugang zur lokalen Bevölkerung auf emotionaler Ebene, so dass sie leichter für den christlichen Glauben zu gewinnen war. Jennings Argumentation betrachtet die Missionsmedizin aus einem anderen Blickwinkel. Er argumentiert, dass Missionare in der Kolonialzeit von den Kolonialbehörden v.a. als Botschafter westlicher Lebensweise gesehen wurden.²⁸¹ Noch bis Mitte des 19 Jhd. wurden Frauen als Missionstätige in den protestantischen Missionen nur als Ehefrauen der Missionare zugelassen wie Dana Robert in ihrer Geschichte der amerikanischen Missionarinnen feststellt.²⁸² Das Entstehen der „Entwicklungshilfe“ nach dem Zweiten Weltkrieg mit dem Aufkommen internationaler Organisationen war von säkularen Tendenzen bestimmt. Wollte die katholische Kirche ihr Engagement im Gesundheitsbereich als Teil der entwicklungspolitischen Strategien der westlichen Staatengemeinschaft verstanden wissen, musste die Missionsmedizin in die „Entwicklungshilfe“ integriert werden. Dies war verbunden mit einem Zurückweichen bzw. Verschwinden des traditionellen Missionsmedizinbegriffes. Dies betrifft insbesondere dessen kulturelle Bedeutung mit seiner medizinischen und theologischen Ebene. Die Pflegehistorike-

²⁷⁹ Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 5f..

²⁸⁰ Grundmann, C.: Gesandt zu heilen (1992), S.36, S. 120, S. 287.

²⁸¹ Jennings, M.: „A Matter of Vital Importance”: The Place of the Medical Mission in Maternal and Child Healthcare in Tanganyika (2006), 1919–39, S. 244.

²⁸² Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 29.

rin Mann Wall konstatiert eine Neuausrichtung der Missionskonzepte. Dabei war die Evangelisierung und die Bekehrung möglichst vieler nicht mehr alleiniges Kriterium. Das neue Missionskonzept hatte seinen Schwerpunkt darin, den Armen bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu helfen und auf die Wahrung ihrer Menschenwürde zu achten.²⁸³

Meine Argumentation lautet, dass der Wandel der Deutung von Missionsmedizin einem Wandel des Gesundheitskonzeptes des medizinischen Personals jeweils voranging und ihn bedingte. War noch in der Zwischenkriegszeit der einzelne Missionsarzt Symbolfigur der Missionsmedizin, führte die Integration der kirchlichen Gesundheitseinrichtungen in die „Entwicklungshilfe“ zu ihrer forcierten Institutionalisierung. An die Stelle des Missionsarztes nach dem Vorbild eines Livingstone rückte das Missionshospital nach westlichem Vorbild. So stellt Eckart in seinem Lexikonartikel über die ärztliche Mission heraus, dass die Gründung von Missionshospitälern neben der ambulanten und poliklinischen Gesundheitsversorgung zwar schon ab dem 19. Jhd. aufkam, aber im 20. Jhd. an Bedeutung gewann und dass die Missionsmedizin dadurch einen Beitrag bei der Entstehung von Infrastruktur im Gesundheitsbereich der Missionsgebiete geleistet habe.²⁸⁴

Dies belegt Eckart durch folgende Zahlen: 1960 seien im Bereich der katholischen Missionen ca. „1.200 Krankenhäuser, 300 Leprosorien, 3.300 Armenapotheken, 1.800 Waisenhäuser und 350 Altersheime gegründet bzw. unterhalten worden“.²⁸⁵ Meiner Meinung nach sind diese Zahlen ebenso ein Beleg für einen forcierten Institutionalisierungsprozess innerhalb der katholischen Missionsmedizin. Der Institutionalisierungsprozess war gekoppelt mit einer Trennung des zivilisatorischen und missionarischen Aspekts. War Livingstone noch ein Vorbild für eine ganze Gesellschaftsordnung, so bestand nach 1945 in kirchlichen und nicht-kirchlichen Kreisen nur ein Konsens, dass westliche Zivilisation insbesondere im Bereich von Technik, Wissenschaften, Wirtschaft und Politik des Westens ein Vorbild für die Länder der ehemaligen Kolonien sei. Daraus folgt meiner Auffassung nach, dass der kulturell-zivilisatorische Aspekt der Missionsmedizin im postkolonialen Rahmen ein Kontinuum findet und von einer breiten Öffentlichkeit getragen wurde. Der missionarische Aspekt der Missionsmedizin konzentrierte sich

²⁸³ Wall, B. M.: *Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980* (2013), S. 91.

²⁸⁴ Eckart, W.: *Ärztliche Mission* (1994), S. 73.

²⁸⁵ Eckart, W.: *Ärztliche Mission* (1994), S. 79.

auf kirchliche Kreise. Damit war die Voraussetzung für eine Integration in die Entwicklungszusammenarbeit geschaffen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass sich eine Änderung des Missionsmedizinbegriffes vollzog. Nicht mehr der Missionsarzt, in dem Einheit von Mission und Medizin personifiziert waren, sondern der abstraktere Begriff des Missionskrankenhauses bzw. des kirchlichen Gesundheitsprojekts steht im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Dies ermöglichte eine differenziertere Deutung von missionarischem und medizinischem Aspekt der Missionsmedizin und war Voraussetzung für die Integration in die säkulare Entwicklungszusammenarbeit. Diese Deutungsänderung wiederum hatte eine weitere Institutionalisierung der Missionsmedizin in den Missionsgebieten zur Folge.

3. Etablierung von Missionskrankenhäusern

Die medizinische Einrichtung „Krankenhaus“ war sichtbarer Ausdruck und Symbol westlicher Medizin. Dass sich westliche Medizin im außereuropäischen Umfeld etablieren und eine führende Rolle in den Gesundheitssystemen einnehmen konnte, ist für den Medizinhistoriker Mark Harrison maßgeblich auf das „moderne Krankenhaus“ zurückzuführen.²⁸⁶ Der Mediziner und Theologe Bruchhausen argumentiert, dass das Krankenhaus für die Missionen im Vergleich zu den Kolonialverwaltungen eine höhere Bedeutung innehatte. Gerade in Afrika – so Bruchhausens These – war das Missionskrankenhaus der zentrale Ort, an dem westliche Medizin für die einheimische Bevölkerung erfahrbar wurde. Bruchhausen stellt ferner fest, dass erst nach 1945 eine eindeutige Bestimmung des Begriffs „Krankenhaus“ erfolgte. Mit Arzt wurde eine medizinische Einrichtung als Krankenhaus bezeichnet. Ohne Arzt sprach man von Gesundheitsprojekt oder Ambulanz. Im heutigen Verständnis verfügt ein Krankenhaus über ein Angebot chirurgischer ärztlicher Tätigkeiten oder es übernimmt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auf Distriktebene.²⁸⁷

Aus den Unterlagen der Hospitalsgründungen, die von der GMH betreut waren, lassen sich verschiedene Punkte herausarbeiten. Zentrale Punkte bei der Etablierung von Missionskrankenhäusern waren die Fragen der Planung, Finanzierung und personellen Besetzung der Gesundheitseinrichtungen. Die Initiative für Missionshospitalgründungen

²⁸⁶ Harrison, M.: Introduction (2009), S. 1, 30.

²⁸⁷ Bruchhausen, W.: Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century (2009), S. 172, 181.

nach dem Zweiten Weltkrieg ging von den kirchlichen Autoritäten vor Ort aus. So waren es die Missionsdiözesen und die mit der Mission beauftragten Ordensgemeinschaften, die in den 1950er und 1960er Jahren Allgemeine Krankenhäuser als Orte der Gesundheitsversorgung und missionarische Zentren für die Bevölkerung und das Missionspersonal gründen wollten. Dabei konkurrierten zwei Denkmuster miteinander, nämlich die medizinische Notwendigkeit einer Gesundheitseinrichtung und das missionarische Streben der Missionsorden und -diözesen.

Aus medizinischer Sicht war die oberste Priorität für eine Neugründung eines Krankenhauses die Sicherstellung seiner Auslastung. Dies zeigte sich z.B. bei der Ortswahl. Nach medizinischen Gesichtspunkten sollte die Lage eines zu gründenden Hospitals möglichst zentral im Einzugsgebiet liegen. V.a. aber sollte die Krankenversorgung durch ein weiteres Krankenhaus bislang nicht abgedeckt sein. Konkurrenzsituationen zu bestehenden medizinischen Einrichtungen konnten so vermieden werden, da sie den Aufbau eines Hospitals erschweren würden. Ferner musste sichergestellt sein, dass die Bevölkerungszahl ausreichend groß war, um einen Patientenstamm aufbauen zu können.

Demgegenüber standen missionarische Überlegungen, die einen Einfluss auf die Auswahl des Ortes ausübten. Solche Kriterien waren beispielsweise die Ortswahl des neu zu gründenden Missionshospitals nach dem Standort des Bischofssitzes oder dem Vorhandensein des Großteils der christlichen Gemeinde in einem Missionsgebiet.

Um Spannungen, die sich aus beiden Haltungen ergeben konnten, zu vermeiden und Konflikte zu lösen, wurde auch formell eine Trennung in einen missionarischen und einen medizinischen Bereich vollzogen. Das MI und die GMH übernahmen die medizinische und die Missionsdiözesen und -orden die missionarische Verantwortung in den kirchlichen Gesundheitseinrichtungen.

So legte das MI, das die Besetzung der Missionskrankenhäuser für die Missionsdiözesen bzw. -orden organisierte einen großen Wert auf die Eigenverantwortlichkeit in medizinischen Fragen. Die Einmischung der Mission in Fragen der Hospitalverwaltung, der disziplinären Leitung der Krankenschwestern und der medizinischen Tätigkeit des Personals wurde ausgeschlossen. Gleichzeitig erfolgte das Bekenntnis des MI, sich in missionarischen und seelsorgerischen Fragen ganz der Mission unterzuordnen. Man sicher-

te sich jegliche gegenseitige Unterstützung zu.²⁸⁸ Dies ist ein Beleg für die Tendenz, den missionarischen und medizinischen Aspekt der Missionsmedizin zu trennen.

Als Problem für die Etablierung von Missionskrankenhäusern stellte sich das Fehlen entsprechender medizinischer Strukturen vor Ort heraus. Die notwendigen Gebäude waren nicht errichtet und die Medizintechnik nicht vor Ort. So mussten die Kleingruppen aus ÄrztIn und Krankenschwestern die Übergangszeit mit ambulanter Tätigkeit überbrücken, die durch Improvisation und Materialmangel bestimmt war. Die große Patientenzahl führte dazu, dass für den einzelnen Patient oft nur wenig Zeit, meistens wenige Minuten in der Ambulanz zur Verfügung stand und dass die Visite im Krankenhaus sehr schnell durchgeführt wurde und manche Laboruntersuchungen nicht gemacht werden konnten, da eine Laborschwester nicht alle auf einmal durchführen konnte. Unterstützung kam durch die kirchlichen Strukturen.

Der Bau des Krankenhauses in Chetpet z.B. verzögerte sich und wurde öfters ausgesetzt, da Baumaterial, Geld, ausführendes qualifiziertes Baupersonal und eine ausreichende Stromversorgung fehlten.²⁸⁹ So heißt es in einem Brief von Direktor P. Eugen Prucker an das DAHW 1962:

„Die bauliche Entwicklung des Zentrums konnte mit der medizinischen Leistung nicht Schritt halten und muß jetzt nachgeholt werden. So ist es eine dringende Aufgabe, in diesem Jahr das Hospital, die Dispensary, Labor und Wohnungen für die einheimischen Helfer zu errichten. Die bisher gegebenen finanziellen Zuschüsse und Hilfen waren auf eine so schnelle und weite Entfaltung des Werkes nicht berechnet, so daß jetzt die Mittel nicht ausreichen, die notwendigen Bauten zu errichten und zu unterhalten.“²⁹⁰

Ohne die finanzielle Unterstützung aus dem Ausland hätte die Etablierung der Missionskrankenhäuser in den Missionsgebieten nicht geleistet werden können. Dies zeigte sich neben der Finanzierung der Gebäude und der Hospitaltechnik auch in der dauerhaften Versorgung mit Medikamenten. Ein Beispiel findet sich beim Missionshospital St. Martin de Porres in Eikwe (Ghana). Dort hätte die Versorgung mit Medikamenten ohne ausländische Hilfe nicht aufrechterhalten werden können. Zum einen war dies der Tatsache

²⁸⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Protokoll.

²⁸⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe Baupläne. Bericht über den derzeitigen Bauzustand des Hospitals im German Leprosy Centre, Chetput vom 12.05.65.

²⁹⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe DAHW. Brief von P. Direktor Eugen Prucker an das DAHW vom 25.01.62.

geschuldet, dass in Ghana selbst ein Mangel an Medikamenten herrschte und deswegen allein die für ein Krankenhaus notwendige Menge nicht zu erlangen war. Zum anderen wurde die Finanzierung der Medikamente erst durch finanzielle Unterstützung von außen möglich. Die Knappheit an Medikamenten wird in vielen Briefen der Korrespondenz beschrieben. 1984 vermerkt ein Reisebericht:

„Ein großes Problem ist schon lange Zeit die Beschaffung von Medikamenten. In den Apotheken gibt es soviel wie nichts, oder es wird schwarz gehandelt. Glücklicherweise hat das Hospital viele deutsche Freunde und Sympathisanten, die die Kette der Medizinpaktete nicht abreißen lassen.“²⁹¹

Aus der Auslandsabhängigkeit ergab sich im Fall der Medikamentenbeschaffung das Problem, dass die Medikamente lange Strecken und über lange Zeiträume transportiert werden mussten: „Wir bekommen nahezu alle Medikamente aus Deutschland und haben oft grosse Schwierigkeiten, sie rechtzeitig fuer die Unmengen von Patienten (100.000 jaehrlich in der Ambulanz) zu bekommen.“²⁹²

Betrachtet man Eröffnung und Ausbau der Gesundheitseinrichtungen so lässt sich erkennen, dass diese eine offizielle Trennung von missionarischem und medizinischem Aufgabenbereich bedingten, was auch – wie gezeigt – personell vollzogen wurde. Die Machbarkeit der Missionsmedizin in aufwendigen Gesundheitseinrichtungen wie Missionshospitälern stieß an logistische Grenzen und führte zu einer Abhängigkeit von ausländischen Geldgebern.

4. Bürokratisierung als Folge der Etablierung von Missionskrankenhäusern

In seiner Fallstudie über die Leprakontrolle in der Ogoja Provinz in Nigeria stellt John Manton heraus, dass nach 1945 die „bürokratische Komplexität“ der Gesundheitsversorgung der Missionen zunahm. Dies war bedingt durch die immer enger werdende Verknüpfung der Träger der Missionmedizin vor Ort mit internationalen karitativen Organisationen, die epidemiologische Daten und Informationen zur Planung ihrer Gesundheitsarbeit einforderten. Ein weiterer Grund liegt in der Tatsache begründet, dass die katholische Kirche institutionelle Kontrolle über die in die Gesundheitsdienste investierten Gelder behalten wollte in einer Zeit, in der sich die Kolonien auflösten und europäi-

²⁹¹ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Brief vom November 1984, S. 8.

²⁹² Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief von Frau Dr. Gabriele Koethe (GMH) an die Firma ABU vom 31.03.82, S. 1.

sche staatliche Institutionen in den ehemaligen Kolonien in die Hand der neuen Nationalstaaten übergingen.²⁹³ Die Beobachtung steigender Verwaltungsanforderungen erwies sich auch bei der Analyse der Dokumente der untersuchten Gesundheitseinrichtungen als zutreffend. Ergänzen möchte ich folgendes. Zweifelsohne war die Bürokratisierung eine Folge der Abhängigkeit von ausländischen Geldgebern, die Rechenschaft und Kontrolle über die eingesetzten Gelder verlangten. Entstehen konnte die Abhängigkeit aber besonders aufgrund der hohen Kosten, die ein Krankenhaus im Vergleich zu einer einzeln agierenden Person wie einem Missionsarzt verursachte. Die Bürokratisierung war – so meine Argumentation – eine direkte Folge der Etablierung von Missionskrankenhäusern. Das Krankenhaus war zum Vorzeigemodell für Entwicklung und Verbesserung der medizinischen Versorgung in den ehemaligen Kolonialgebieten geworden. Trotz hoher Investitionskosten und hohem Personalbedarf scheute man keine Mühen. Das europäische Personal musste zunächst in Europa gewonnen, vorbereitet und dann in einem verwaltungsaufwendigen Prozess in die Länder, in denen sie arbeiten sollten, gebracht werden.

Wichtigster Geldgeber für die von der GMH betreuten Missionshospitäler waren kirchliche Organisationen, darunter Misereor. Die Bewilligung von Mitteln war seitens Misereors aber an eine Reihe von Voraussetzungen und Kontrollmöglichkeiten geknüpft, die zu eigenem bürokratischem Aufwand führten. So geht beispielsweise aus der Korrespondenz zum Hospital in Shrirampur hervor, dass entscheidende Kriterien für Misereor bei der Bewilligung von Geldern die Größe des Einzugsgebietes des St. Luke's Hospital und die bestehende Versorgung durch staatliche, städtische und private Einrichtungen (Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Privatpraxen) in Bezug auf Bettenzahl sowie ärztliches und pflegerisches Personal waren. Häufig wurden von Misereor Auskünfte über die Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen und Behörden sowie staatlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen verlangt. Was das Krankenhaus konkret anbelangte, waren für Misereor Jahresberichte mit Nachweisungen über die Zahl der ambulant und stationär betreuten Patienten, Informationen über Art und Zahl der operativen Eingriffe, der Bettenbelegung und der Verweildauer der Patienten im Hospital – getrennt nach den jeweiligen Abteilungen – sowie finanzielle Auskünfte über Höhe und Herkunft der Einnah-

²⁹³ Manton, J.: Administering Leprosy Control in Ogoja Province, Nigeria, 1945–67: A Case Study in Government-Mission Relations (2006), S. 307.

men und Ausgaben in Bezug auf die Zahl der Privatpatienten bzw. staatliche Zuwendungen von Interesse.²⁹⁴ Darüberhinaus nahm Misereor am Planungsprozess des Ausbaus der Ambulanz, am Bau der Arztwohnungen und der Erweiterung der Krankenhausgebäude teil und bot neben der beratenden Hilfe (beispielsweise Festlegung der Lage der Ambulanz) auch personelle Unterstützungen zum Beispiel bei der Vermittlung eines Architekten an. Die eigentliche Durchführung der Maßnahmen wurde von der Leitung des Krankenhauses organisiert und durchgeführt, da viele Entscheidungen nur unter genauer Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten und Bedingungen getroffen werden konnten und zu praxistauglichen Lösungen führten.²⁹⁵

Mit der Ausweitung der Gesundheitsversorgung und der Schaffung von Ausbildungsstätten wuchsen neben dem finanziellen Bedarf auch die Verwaltungsaufgaben der Missionshospitäler. So wurde das finanzielle Budget des Krankenhauses Shrirampur von einem vierköpfigen Gremium bestehend aus drei Schwestern der GMH und einem Missionsarzt verwaltet. Das Gremium unterstand in Fragen grundsätzlicher Art dem MI. Das Budget wurde dazu verwendet, die laufenden Ausgaben zu bestreiten, Neuerwerbungen von Apparaten, Instrumenten und Ausrüstung bis zu einer festgesetzten Summe ohne Rücksprache mit dem MI zu tätigen und die Gehälter des indischen Personals zu begleichen (ausgenommen die Gehälter der Ärzte, bei denen Rücksprache mit dem MI in Würzburg zu halten war). Es mussten jährliche Abrechnungen und Kostenaufstellungen angefertigt und Berichte an die Projektpartner verfasst werden, die über die Verwendung der für das Krankenhaus zur Verfügung gestellten Mittel informiert wurden.²⁹⁶

Bei der Beschaffung von Geräten waren immer wieder Importlizenzen und sogenannte free gift Bescheinigungen Voraussetzung für die Einfuhr von notwendigem Material für das Krankenhaus aus dem Ausland. Wenn es möglich war, wurde zunächst versucht, die jeweiligen Geräte, wie Sauerstoffgeräte, Instrumente oder Baumaterial in Indien zu bekommen, was oft nicht möglich, gar teurer oder mit langen Wartezeiten verbunden war.²⁹⁷

²⁹⁴ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 10.07.72.

²⁹⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 19.10.73.

²⁹⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Rules for the financial management of St. Luke's vom 06.07.68.

²⁹⁷ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 06.04.67.

Der Anerkennung des deutschen Krankenpflegeexamens durch indische Behörden ging eine langwierige bürokratische Prozedur voraus.²⁹⁸ Aus dieser Erkenntnis lernend beabsichtigte das MI, zukünftig die Krankenschwestern vor der Ausreise nach London zu schicken, um dort das englische Krankenpflegediplom zu erwerben.²⁹⁹ Außerdem wurden die Schwestern in handwerkliche Aufgaben wie Streichen, Lackieren und Reparatur einfacher elektrischer Geräte eingeführt, da solche Tätigkeiten in der Mission häufig selbst erledigt werden mussten.³⁰⁰

All dies belegt, dass die Etablierung von Missionskrankenhäusern zu einer Förderung administrativer, organisatorischer, logistischer und rechtlicher Aufgabenbereiche der Missionsmedizin beitrug, der den Aufbau bürokratischer Strukturen notwendig machte.

5. Aufschwung der Krankenpflege in der postkolonialen Mission

Innerhalb der katholischen Kirche war der Dienst am Kranken wichtiger Bestandteil der karitativen Werke. Die Krankenpflege wurde in Europa in kirchlichen Einrichtungen im 19. Jhd. vermehrt von weiblichen Ordensgemeinschaften übernommen. Weder Krankenpflege noch ärztliches Tun im Sinne einer systematischen ärztlichen oder krankenflegerischen Mission existierten im 19. Jhd. im katholischen Bereich. Katholische Orden und Kongregationen, die fast ausschließlich Träger der katholischen Missionsarbeit waren, engagierten sich im Bereich der Krankenfürsorge. Die Patres, Schwestern und Brüder waren meistens medizinisch interessierte Laien. So war eine kleine Krankeneinrichtung mit Apotheke oder ein kleines Hospital Teil der meisten Missionsstationen.³⁰¹

Dabei war die Krankenfürsorge nicht auf das Missionspersonal beschränkt, sondern konzentrierte sich auf die Armen und Kranken des Missionsgebietes.³⁰² Medizinisch-krankenflegerische Missionsarbeit findet sich vor dem 20. Jhd. im katholischen Bereich als Einzelfall beispielsweise bei den Josephsschwestern von Cluny (gestiftet 1807), die ab 1819 im Senegal und später in allen übrigen französischen Kolonien in Krankenhäusern arbeiteten, bei den Vinzentinerinnen (gestiftet 1617/1633), die ab 1839 im Vorderen Orient krankenflegerisch tätig waren oder bei den aus dem schweizerischen Ingenbohl

²⁹⁸ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Maria Müller an Fr. Scharper vom 02.08.53.

²⁹⁹ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief von P. Prucker vom 27.10.53.

³⁰⁰ Archivbox GMH 3. Brief von unbekannt an Sr. Christine Ott vom 10.05.54.

³⁰¹ Stüfe, A.: Von der Fürsorge zur Kooperation (1997), S. 217 f.; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 11; Bruchhausen, W.: Medizin zwischen den Welten (2006), S. 296.

³⁰² Bruchhausen, W.: Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century (2009), S. 180.

stammenden Schwestern vom Guten Hirten, die im Auftrag der Kanalgesellschaft ab 1863 Krankenhäuser in Port Said und Suez betreuten. Die Grundlage für die Möglichkeit eines bewussten Einsatzes von Krankenschwestern in der Mission war aber frühestens gegeben, als die Professionalisierung des Schwesternberufes 1860 etabliert worden war.³⁰³

Die systematisch organisierte deutsche katholische Missionsmedizin setzte erst nach dem Ersten Weltkrieg mit der Gründung des MI Würzburg nach dem Vorbild der protestantischen Missionsgesellschaften und Institute ein und fokussierte sich auf den ärztlichen Bereich. Das MI war bis Mitte des 20. Jhd. nicht auf die Krankenpflege ausgerichtet. Dies kann allein durch die Zahl der Krankenschwestern, die durch das MI ausgesandt wurden, belegt werden. Wurden bis zum Jahr 1939 über das MI 28 Ärzte und 16 Ärztinnen in die Missionsländer entsandt, waren es im gleichen Zeitraum ausschließlich 3 Krankenschwestern.³⁰⁴

Meine These lautet, dass die Institutionalisierung der Missionsmedizin, die ihren Schwerpunkt auf die Schaffung von Missionshospitälern legte, zu einem Bedeutungsgewinn der Krankenpflege führte. Für den Betrieb eines Hospitals benötigte man viel Personal. Der ärztliche Bereich war ein wichtiger innerhalb des Missionskrankenhauses. Durch den Einsatz anderer Berufsgruppen aus dem Bereich der Krankenpflege, der Geburtshilfe und der Labortechnik verlor er jedoch sein Alleinstellungsmerkmal und das zwischenzeitliche Monopol – wenn man so will – innerhalb der Missionsmedizin. Ferner lag es nahe, dass es leichter war, mehr europäisches Personal aus dem Bereich der Krankenpflege als aus der Ärzteschaft für einen dauerhaften Dienst in den Missionskrankenhäusern zu gewinnen und zu motivieren. Die institutionelle Kontrolle wurde vor Ort aber gerade durch europäisches Personal garantiert. So verwundert es nicht, dass das MI mit der Gründung der GMH sich im Bereich der Krankenpflege neu positionierte. Es schuf nun mit der GMH eine Plattform und Anlaufstelle auch für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, sich innerhalb der Missionskrankenhäuser in einer religiösen Organisationsform zu engagieren und mitzuarbeiten. Es war in doppelter Hinsicht eine Neuerung. Das MI legte mit der GMH nun auch einen Schwerpunkt auf die Gewinnung weibli-

³⁰³ Grundmann, C.: Gesandt zu heilen (1992), S. 239, S. 241ff..

³⁰⁴ Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964, S. 18; Rapp, U.: Heilung und Heil (1972), S. 52, 54.

cher Gesundheitsfachkräfte aller medizinischen Bereiche für die Gesundheitsversorgung in der Mission. Diese Tendenz belegt beispielsweise die Aufstellung der Mitglieder der GMH.

So verwundert es nicht, dass der seinerzeitige Direktor des MI P. Prucker in den 1950er und 1960er Jahren den Plan vorantrieb, die Leiterin der GMH vor Ort in die Leitung der Finanzen des Hospitals einzuarbeiten und sie so mit einer Aufgabe zu betrauen, die zunächst Missionsärzte übernommen hatten.³⁰⁵ So war das Verhältnis der Schwestern der GMH zum MissionsarztIn dadurch bestimmt, dass die medizinische Leitung des gegründeten Hospitals z.B. in Shrirampur von der Leiterin der GMH in Shrirampur, Sr. Christine Ott, und der Missionsärztin Dr. Betz, welche die Chefärztin des Krankenhauses war, gemeinsam übernommen wurde. Außerhalb des medizinischen Bereichs handelten die Schwestern der GMH dagegen eigenverantwortlich und ein Einvernehmen mit dem MissionsarztIn war nicht nötig.³⁰⁶ Die administrativen Aufgaben, die den Schwestern der GMH übertragen wurden, lagen im betriebswirtschaftlichen Bereich und gehörten somit nicht zum klassischen Arbeitsbereich der Krankenpflege.³⁰⁷

³⁰⁵ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief von P. Prucker vom 27.10.53.

³⁰⁶ Archivbox B2 Betz Korte. Brief von P. Prucker vom 25.05.53.

³⁰⁷ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Memorandum of Association. Auszug: "The Managing Committee has the following powers: Sanction of the budget for the ordinary expenses yearly. Sanction extraordinary expenses, i. e. new instruments, apparatus, equipment, furniture. Open Current accounts, Saving accounts, Fixed deposits, etc. to be operated as Joint accounts either or. Fix salaries, remunerations and bonus of staff and employ staff. To start, affiliate, incorporate or close institutions on different places. To inspect such institutions and their records through any of its members. To raise loans, to accept donations, endowments, grants and other gifts. To see that the accounts are properly done and that yearly audit is done. To see also that wherever possible savings are made and to recommend special cases for free treatment. To purchase, sell transfer, endow or negotiate Government or allied securities and postal cash certificates held in the name or on behalf of the Society and to draw interest thereon. To transact any business in the interest of the society. To establish, promote or assist in establishing or promoting and to subscribe or to become a member of any other society, may be beneficial to the Society. To subscribe to any local or other charities or religious institution or societies and to grant donations for any public purpose and to provide a superannuation fund for the servants of the Society or otherwise assist them on their dependants. To apply the money and properties of the Society for the support and maintenance of Roman Catholic religious charitable, social or educational purposes. The expression Roman Catholic, when used in this present shall mean members of the catholic religion who acknowledge the Bishop of Rome to their Supreme Religious Head. To take any legal necessary step in the interest of the Society. To dissolve the Society if a majority of three fifth so decides. In such case if any property or assets remain over after the satisfaction of its debts and liabilities, the same shall be given to a society or a trust having a religious and charitable object similar to the object of the Society. To frame rules and regulations for the conduct of business. The chairman shall be competent to sign on behalf of the society any deeds, agreements and other documents. The chairman shall be competent to sell, endorse, negotiate on behalf of the Society any securities of the Government of India and of any other description whatsoever and of any property for the time belonging to the Society."

Aus den Einnahmen des Krankenhauses stand den Mitgliedern der GMH laut Vertrag gestaffelt nach Ausbildungsgrad ein festgesetztes Taschengeld und Kleidergeld zu. Ferner bezahlte das MI pro Mitglied und Monat nach Ausbildungsgrad einen bestimmten Betrag an die Schwesterngemeinschaft in Würzburg für die Tätigkeit in institutseigenen Krankenhäusern.³⁰⁸ Der MissionsarztIn übernahm die ärztliche Betreuung des Krankenhauses und verpflichtete sich zur Unterstützung der GMH.³⁰⁹ Die deutschen MissionsärztInnen, die sich verpflichtet hatten, ohne Entlohnung – Verpflegung, Unterkunft, Taschengeld, Versicherung, Heim- und Rückreise³¹⁰ wurden gestellt – für die Mission zu arbeiten und die sich nach abgeschlossenem Studium und praktischer Tätigkeit in Deutschland mit Tropenkursen z.B. in Hamburg auf die Gegebenheiten in der Mission vorbereitet hatten, garantierten gerade in den Gründungsjahren der Missionshospitäler durch ihr ärztliches Können den Zulauf von Patienten zu den Missionshospitälern.³¹¹

Die Schwestern der GMH waren in der Mission freier in ihren krankenpflegerisch-medizinischen Entscheidungen und ihre Arbeit umfasste Tätigkeiten, die in Deutschland von ärztlichem Personal durchgeführt und nicht der Krankenpflege überlassen wurden. Auch ihre Unabhängigkeit gegenüber dem MissionsarztIn war, vorangetrieben durch das MI, größer – im Vergleich zur Stellung der Krankenpflege gegenüber der Ärzteschaft in Deutschland. So war es Aufgabe der Hausoberin, das Tätigkeitsfeld der Mitschwestern im Hospital festzulegen, und nicht die des MissionsarztIn, was natürlich von den Missionsärzten nicht begrüßt, aber akzeptiert wurde, da es sich um eine Entscheidung des P. Direktors des MI handelte. Dieser innere Konflikt und die Spannung, die aus einem gewissen Ringen um Kompetenzen resultiert, finden ihren Ausdruck in der Korrespondenz. Beispielhaft sei folgender Auszug eines Briefes der Missionsärztin Dr. Maria Roths Schuh an den P. Direktor des MI von 1961 zitiert:

„Wir sind ein kleines Missionshospital im Vergleich zu den Hospitälern in der Heimat. Und ich glaube, daß es da gut ist, wenn die Ärztin die Schwestern einsetzt. Sehen Sie, wir bilden alle eine Gemeinschaft, sind täglich zusammen in Arbeit und Freizeit. So ist es klar, daß wir anfallende Fragen miteinander besprechen und ich natürlich die Wün-

³⁰⁸ Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Vertrag zwischen dem MI und der GMH vom 26.04.67.

³⁰⁹ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Vertrag von 1960.

³¹⁰ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Vertrag von 1960.

³¹¹ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief von P. Prucker vom 19.11.53.

sche der Schwestern, bzw. der Oberin berücksichtige, daß sie den Urlaub der Schwestern regeln kann. Andererseits haben die Schwestern eine viel größere Selbständigkeit und Verantwortung als in der Heimat. Dadurch daß ich viel unterwegs bin, um die Kranken im Busch zu behandeln, müssen sie vieles tun und entscheiden, was sonst Aufgabe des Arztes ist. So glaube ich, daß jede auf ihrer Stelle sich voll einsetzen muß, um ihr gerecht zu werden. [...] Es geht mir wirklich darum, daß wir alle eine gute Arbeitsgemeinschaft bilden zum Wohl unserer Kranken in Fatima und rundherum und unter den gegebenen Verhältnissen, daß unsere Schwestern im Sinne ihrer Gemeinschaft leben, die ja schließlich auch nichts anderes will, als den Kranken zu dienen und Reich-Gottes-Arbeit zu leisten.“³¹²

Die Leitung der Krankenhäuser und die Arbeit der deutschen Schwestern sorgten nach dem Ausscheiden der deutschen MissionsärztInnen aus bestimmten Missionshospitälern Indiens in den 1970er Jahren für Kontinuität in Bezug auf Arbeitsabläufe und Kontakte nach Deutschland. Mit dem Ausscheiden der deutschen Ärzte wuchs die Verantwortung der Schwestern für das Projekt und ihre Entscheidungsbefugnis in organisatorischen und medizinischen Fragen überstieg die von Krankenschwestern und Hebammen in Deutschland beträchtlich.³¹³

So dienten die Schwestern der GMH als Vermittler zwischen den gesundheitspolitischen Vorstellungen deutscher Institutionen, wie sie das MI und die kirchlichen Geldgeber wie Misereor darstellten, und den Trägern kirchlicher und staatlicher Autorität in den Missionsgebieten. In diesem Prozess sollten sie sicherstellen, dass deren Interessen gewahrt blieben.

Mit dem Ende der Besetzung durch deutsche MissionsärztInnen in diesen Missionshospitälern lässt sich feststellen, dass eine klare Trennung der Aufgabenbereiche³¹⁴ vollzogen wurde. Der administrativ finanzielle Bereich der medizinischen Versorgung, der ge-

³¹² Archivbox R3 Dr. Roths Schuh Maria. Brief von Frau Dr. Roths Schuh an den P. Direktor des MI Eugen Prucker vom 16.04.61, S. 2.

³¹³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Aufzeichnung Sr. Christine Ott.

³¹⁴ Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Agreement vom 08.12.74. Als Beleg sei ein Auszug aus dem Agreement zwischen Nityaseva Hospital und indischen Ärzten angeführt: „Dr. N.V. Pinge is appointed Chief Medical Officer of Nityaseva Hospital, Shevgaon. As Chief Medical Officer he is responsible for the medical side of the hospital in all aspects. The appointment means a full time job. No private practice is allowed and the doctor will devote his full time to the benefit of the patients of Nityaseva hospital. [...] The nursing and paramedical staff is the responsibility of the matron and administrator. [...] Charging and billing is entirely in the hands of administration.“

sundheitspolitische Aspekt der Gesundheitserziehung und die Schaffung von Ausbildungsplätzen in der Krankenpflege wurden durch die deutsche Schwesternschaft übernommen. Die kurative Medizin im Krankenhausbetrieb als solche wurde gänzlich durch indische Ärzte³¹⁵ und zusehends auch durch indische Krankenpflegekräfte geleistet. Da es sich in Shevgaon beispielsweise um ein institutseigenes Krankenhaus handelte, ist ersichtlich, dass diese Strategie vom Direktor des MI mitgetragen wurde.

In der Zusammenschau lässt sich sagen, dass die Krankenpflege in der postkolonialen Missionsmedizin innerhalb des MI sowohl quantitativ, was sich an der Zahl der Mitglieder der GMH als Teil des MI zeigt, als auch qualitativ an Bedeutung gewann, was sich in der Übernahme von Leitungspositionen in den kirchlichen Gesundheitseinrichtungen offenbart. Gleichzeitig vollzog sich dadurch eine Feminisierung des MI. Diese Entwicklung war die Konsequenz der gesundheitspolitischen Strategie des Baus von Missionshospitälern, die ich als zentralen Teil der Institutionalisierung der Missionsmedizin charakterisiere. Sie bedingte eine Diversifizierung der medizinischen Berufe und war mit einer Abgabe von Kompetenzen der MissionsärztInnen verbunden. Als Bindeglied zwischen Europa und dem jeweiligem Land der Missionshospitäler stellten die Schwestern der GMH die institutionelle Kontrolle der europäischen Organisationen und Institutionen sicher.

6. Kirchliche Gesundheitseinrichtungen als Vertreter der Modernisierungstheorie

Der Institutionalisierungsprozess der Missionsmedizin mit dem massiven Ausbau von Missionshospitälern war nur aufgrund der Tatsache möglich, dass man in kirchlichen ebenso wie in säkularen Kreisen in den 1950er und 1960er Jahren von der Richtigkeit der entwicklungspolitischen Modernisierungstheorie überzeugt war. In diesem Zusammenhang argumentiere ich, dass die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen ein Ergebnis breiter Akzeptanz der Modernisierungstheorie waren. Die Modernisierungstheorie – wie Petersson schreibt – ging davon aus, dass alle Gesellschaften konvergent, aber zeitlich versetzt die gleichen Entwicklungsstadien hin zu einem erstrebten Idealzu-

³¹⁵ Dass man mit den indischen Ärzten zufrieden war, belegt die Korrespondenz. Als Beleg sei einer der Briefe angeführt. Vgl. Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 13.12.75. Auszug: „Mit den Ärzten geht es recht gut. [...] Das wichtigste finde ich ist, dass sich alle sehr gut verstehen und sich gegenseitig helfen, [...]“

stand durchlaufen, den man als moderne Gesellschaft bezeichnete.³¹⁶ Man setzte ein stilles Einvernehmen aller Völker voraus, der Entwicklung des Westens nachzueifern. In den 1950 und 1960er Jahren herrschte im Westen die Vorstellung, dass mit Hilfe und unter seiner Leitung die ehemaligen Kolonien rasch zu modernisieren seien.³¹⁷ Diese Haltung, die ihren Widerhall in Reden der Präsidenten Truman und Kennedy findet, – wie Lepenies hervorhebt – war von der Überzeugung getragen, dass in der Welt das Wissen bereits vorhanden sei, um Armut und Krankheit zu beseitigen. Dieses Wissen galt es auf der Welt zu verbreiten.³¹⁸ Büschel macht deutlich, dass nicht einmal psychologisch versierte Experten wie der Militärpsychiater und Leiter der World Federation of Mental Health John Rawlings Rees oder die für die World Federation of Mental Health tätige Anthropologin Margaret Mead die Richtigkeit des propagierten technologischen Fortschritts und seine eurozentrisch hierarchische Umsetzung grundlegend in Frage stellten, obwohl sie in den 1950er und 1960er Jahren vor negativen Auswirkungen der damals sogenannten Entwicklungshilfe auf die Psyche sowie auf die gesellschaftliche, familiäre und individuelle Lebenswirklichkeit der Menschen der „Dritten Welt“ warnten.³¹⁹ Wall unterstreicht in ihrem Aufsatz „Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980“ die Bedeutung von Wissenschaft und Technik als Ausdruck von Modernität für das Missionspersonal gerade in Abgrenzung zu den althergebrachten Heilungsmethoden der lokalen Bevölkerung.³²⁰

Die untersuchten Missionshospitäler entzogen sich nicht dieser allgemeinen Strömung. Zur Zeit der Gründung der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen war man geradezu überzeugt und emotional ergriffen von dem Glauben an die Wirkung und Überlegenheit wissenschaftlicher und technischer Errungenschaften auf dem Gebiet der Medizin. Das europäische krankenhauszentrierte Modell sollte als zivilisatorische Errungenschaft zum Wohl der gesamten Menschheit eingesetzt und verbreitet werden. Daraus

³¹⁶ Petersson, N. P.: „Großer Sprung nach vorn“ oder „natürliche Entwicklung“? Zeitkonzepte der Entwicklungspolitik im 20. Jahrhundert (2009), S. 96.

³¹⁷ Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 46.

³¹⁸ Lepenies, P. H.: Lernen vom Besserwisser: Wissenstransfer in der „Entwicklungshilfe“ aus historischer Perspektive (2009), S. 40.

³¹⁹ Büschel, H.: Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit (2009), S. 7f..

³²⁰ Wall, B. M.: Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980 (2013), S. 95.

folgte, dass die Missionshospitäler nach westlichem Vorbild errichtet wurden. Europäer planten und bauten nach europäischen Methoden mit europäischen Geldern. Krankheiten wurden mit diagnostischen und therapeutischen Methoden der so genannten modernen westlichen Welt behandelt. Als Beleg für den Fortschrittsglauben jener Zeit sei ein Auszug aus einem Bericht aus dem Leprazentrum in Chetpet angeführt:

„Unten angeführt findet sich eine Liste von notwendigen Einrichtungen, welche ein modernes neuzeitliches Leprazentrum benötigt, wenn es dies sein will. Das Zeitalter, wo ein Leprazentrum ein strohbedeckter Schuppen war, in welchem die Kranken mit lindernden Umschlägen und der Caritas ergebene Menschen in Berührung kamen, ist längst vorbei. Wer diesem nachträumt kann sich nicht vorstellen wie gross der Erfolg mit den Neuzeitlichen Behandlungsmethoden ist.“³²¹

Die Schwestern der GMH verstanden sich als Überbringer zivilisatorischer Errungenschaften. Dies wird immer wieder in der Korrespondenz der 1950er und 1960er Jahre deutlich. So heißt es beispielsweise aus Eikwe:

„We had no electricity, but used kerosenelamps as theatre-light. We also used kerosene for an autoclave to sterilize instruments and dressings. This was a very tiresome work, but it was worthwhile. All wounds healed very well. On the 11. August 1959 the first major operation a herniorrhaphy was performed. [...] On the third of March 1961 electrical light shines for the first time in Eikwe history.“³²²

Träger dieses technischen Fortschritts waren die deutschen Gesundheitsfachkräfte. Das Gelingen der Projekte hing – so war die feste Überzeugung – von ihnen ab. Die Einbindung von einheimischen Kräften Anfang der 1950er und 1960er fand v.a. im Bereich von Hilfskräften statt. Unabhängig von der ausländischen oder einheimischen Herkunft der Gesundheitsfachkräfte wurde der Erfolg der krankenhauszentrierten Krankenversorgung generell in den Zusammenhang mit der Verfügbarkeit qualifizierten Personals in qualitativer und quantitativer Hinsicht gestellt. So schreibt beispielsweise P. Dr. Eugen Prucker an den für Bauten in Chetpet verantwortlichen Architekten im Jahr 1961:

„Die Planungen über einen weiteren Ausbau des Zentrums über die bisherigen Maße hinaus werden wesentlich davon abhängen, wie weit nicht nur im Moment Ärzte und

³²¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe e St. Thomas Hospital Chetpet Korrespondenz. Bericht zum German Leprosy Centre in Chetpet von Architekt Herrn Doswald-Riklin, S. 2.

³²² Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. The History of the hospital vom 04.11.84, S.2.

Schwwestern zur Verfügung stehen, sondern auch für die Zukunft gesichert werden können. Die Personalfrage wird für solche Unternehmungen immer mehr an Bedeutung gewinnen.“³²³

Fortschritt bedeutete eine stetig vorangetriebene Modernisierung der Ausstattung des Hospitals in Bezug auf Technik, Gebäude und Medikamente. In Eikwe z.B. wurden sanitäre Anlagen wie Duschräume und Toiletten errichtet, ein Trockensterilisator zur Instrumentensterilisation und ein Sauerstoff- und Narkosegerät gekauft.³²⁴

Wie in Shrirampur sollte der Ausbau des Krankenhauses in Jhansi in Bezug auf Gebäude, Labor, Röntgengeräte und technische Ausstattung allgemein vorangetrieben werden. So wurde auch hier die Bettenanzahl erhöht, eine Röntgen- und Infektionsabteilung eingerichtet und moderne Geräte wie Narkoseapparate angeschafft.³²⁵ Dieser Ausbau wurde neben dem Auswärtigen Amt und den Päpstlichen Missionswerken auch hier wieder von Misereor unterstützt.³²⁶

Durch stete Fortentwicklung versuchte man deutsche Standards zu erreichen. Die Schwestern setzten Hygienestandards in Fragen von Reinlichkeit und Sterilisation um; auch der Einsatz von Labor- und Röntgenverfahren zur Diagnose wurde schrittweise etabliert und weiter ausgebaut. Zur Veranschaulichung der angebotenen Labor- und Röntgenuntersuchungen der Missionshospitäler seien die durchgeführten Maßnahmen im St. Luke's Hospital für das Jahr 1957 beispielhaft für die 1950er und 1960er Jahre aufgeführt:

Blutausstriche, Blutsenkungs-, Hämoglobin-, Erythrozyten-, Leukozyten-, Blutzucker-, und Blutgruppenbestimmungen, Sputumuntersuchungen, Abstriche (Gonokokken, TB und Lepra), Magensafttitrationen, Urinuntersuchungen auf Eiweiß, Zucker, Bilirubin, Sediment, Aceton, Stuhl-, Samen-, Liquoruntersuchungen, Durchleuchtungen und Röntgenaufnahmen.³²⁷

Aus der Korrespondenz der Zeit lässt sich auch herausarbeiten, dass innerhalb des Personals der Missionskrankenhäuser der Konsens herrschte, dass es gerade die

³²³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe e St. Thomas Hospital Chetpet Korrespondenz. Brief von P. Direktor Eugen Prucker an den Architekt Herrn Doswald-Riklin vom 19.01.61.

³²⁴ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 21.10.63, S.2.

³²⁵ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an das Auswärtige Amt vom 25.09.62.

³²⁶ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Eugen Prucker an Misereor vom 27.05.64.

³²⁷ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Jahresbericht 1957.

Technisierung und das Angebot westlicher Medizin waren, die ein Missionskrankenhaus für die lokale Bevölkerung attraktiv machten. Und es war der Zuspruch der Patienten zu einer Einrichtung, der über dessen Erfolg entschied, wie er sich in Behandlungsstatistiken ausdrückte.

Gerade in der Anfangsphase eines Missionshospitals wurde es als essenziell betrachtet, dass sich das Krankenhaus einen guten Ruf als medizinische Einrichtung in der Region erwarb. Um einen großen Patientenstamm aufzubauen, musste das Vertrauen der Menschen gewonnen werden. Eine Voraussetzung dafür war der eigene Glaube in die gute Qualität medizinischer Behandlung durch europäische Gesundheitsfachkräfte.³²⁸

Der technische Standard eines Krankenhauses wurde als entscheidend für das Gelingen des Krankenhauses bewertet. So heißt es in der Korrespondenz der Anfangszeit des Fatima Hospital in Sargodha:

„Sicher kann man auch ein Hospital mit einer viel geringeren Summe starten und langsam entwickeln. Aber Sargodha ist eine aufblühende Großstadt. Ein katholisches Hospital wird dort eine gewisse Konkurrenz und auch Kritik aushalten müssen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, daß ein katholisches Hospital, das sicher mit vielen Vorbehalten aufgenommen wird, zunächst eine gewisse technische Perfektion aufzuweisen hat.“³²⁹

Gerade aber der Anspruch, ein Krankenhaus nach westlichen Standards zu errichten und zu betreiben, sah sich in der Realität der Verhältnisse in den Missionsländern Schwierigkeiten gegenüber. Material- und Personalbeschaffung, das Fehlen von Elektrizität und fließendem Wasser stellten logistische Probleme dar. Ist die Korrespondenz zu Beginn der Projekte von einem fortschrittsgläubigen Positivismus geprägt, lässt sich nach einiger Zeit eine Grundstimmung der Ernüchterung feststellen. Die Einsicht gewinnt an Boden, dass europäische Standards unter den Bedingungen der Dritten Welt, schwierig, wenn gar nicht zu erreichen sind.

Besonders im Bereich der Hygiene unternahm man besondere Anstrengungen, Missstände durch Technisierung und erhöhten Personaleinsatz zu beheben. Dass die eige-

³²⁸ Schon am ersten Tag der Ankunft der Schwestern der GMH wurden Kranke zu ihnen gebracht, da sich in Shrirampur die Nachricht, dass Deutsche mit deutscher Medizin gekommen seien schnell verbreitet hatte. Vgl. Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's Hospital. Bericht von Sr. Christine Ott von 1990.

³²⁹ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief von P. Direktor des MI Dr. Eugen Prucker an Herrn Prälat Msgr. G. Dossing vom 17.12.59.

nen Ansprüche nur bedingt realisierbar waren, belegen die Dokumente. So heißt es z.B. in einem Antrag aus Zimbabwe im Jahr 1967:

„Wie wir jetzt waschen: Ich habe einige Hemmungen, diese Zustände im Einzelnen dem zivilisierten Europa zu berichten. Alle Betten werden einmal wöchentlich gewechselt. Unregelmäßigkeiten gibt es während der Regenzeit, wenn die Wäsche nicht trocken wird. [...] Nicht jeder Neuaufnahme kann ein frisches Bett angeboten werden. Den Müttern bleibt es überlassen, die Windeln der kranken Kinder selbst zu waschen. Wir stellen die Windeln zur Verfügung. Trotzdem sind sie häufig nicht gründlich genug gewaschen, da sie niemals gekocht werden. Die Folge sind nie aufhörende Infektionen. [...] Afrikaner scheuen sich vielmehr als die Europäer, den Schmutz von anderen Menschen anzufassen. Sie begründen dies hauptsächlich damit, dass sie mit den Händen essen und deshalb keine unreinen Dinge anfassen können. Was kann man dagegen sagen?“³³⁰

Die Medikamente und medizinischen Instrumente kamen aus Deutschland, was aufgrund der weiten Entfernung und der Einfuhrbeschränkungen und -formalitäten zu Engpässen führte. Aufgrund der ungünstigen Umstände waren im Vergleich zu einem Krankenhaus in Deutschland der damaligen Zeit, an dessen Niveau man sich zweifelsohne orientierte und dessen Standards es irgendwann zu erreichen galt, die therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten des Missionshospitals in den fünfziger Jahren beschränkt. So schreibt Dr. Kronschnabel 1954 aus Indien: „Die Zahl der Betten im Hospital reicht auch nicht mehr aus, und wir müssen oft Notlösungen ergreifen, um wenigstens das Nötigste zu tun.“³³¹ Mit dem Erwerb technischer Geräte stieg auch der Bedarf an Personal mit den entsprechenden Kenntnissen, diese zu bedienen, was sich in der Forderung nach mehr Laborpersonal durch die Missionsärzte an das MI zeigte.³³²

Im Vergleich zum staatlichen Gesundheitssystem in ländlichen Regionen hatten die Missionshospitäler wie beispielsweise das Hospital in Shrirampur einen guten technischen und instrumentellen Ausrüstungsstand erreicht. Dennoch führte das rasche Wachstum des stationären und ambulanten Betriebs zu Zuständen, die laut ärztlichem

³³⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für sozial-caritative und kleinere wirtschaftliche Aufgaben der deutschen christlichen Missionare vom 25.11.67, S. 5f..

³³¹ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 19.09.54.

³³² Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 25.07.54.

Personal eine Tendenz zum Primitiven und zur Improvisation aufwiesen. Dies soll an einem Zitat Dr. Kronschnabels aus Shrirampur aus dem Jahr 1954 veranschaulicht werden:

„Ich habe in diesen Monaten oft an unser Krankenhaus in Stoppenberg und die Arbeit dort gedacht und Vergleiche mit den hiesigen Verhältnissen gezogen. Um wie viel leichter ist doch alles in der Heimat. [...] Der größte Teil der Leute hier ist im höchsten Grade unwissend und unverständlich, die Sprache macht erhebliche Schwierigkeiten und bei der Behandlung muss auf manches verzichtet oder improvisiert werden. So habe ich mich beispielsweise schon in etwa daran gewöhnt, dass man einen Typhus oder eine hochgradige Anaemie – manchmal bis unter 25% Hb – auch ambulant behandeln kann.“³³³

Die westliche Technik war anspruchsvoll und Reparatur- und Wartungsarbeiten konnten oft nicht durchgeführt werden. Beispiele für Schwierigkeiten bei der Beschaffung medizinischer Technik aus dem Ausland und die Wartung vor Ort finden sich in der Korrespondenz. Als Beleg sei ein Auszug aus einem Brief über das Krankenhaus in Sargodha angeführt:

„Der Röntgenapparat, ein Hofmann/Erlangen-Modell, wurde 1965 bei der Eröffnung des Hospitals eingebaut. Das Gerät lief also bis zum Datum 1972 bereits sieben Jahre. Es stellte sich dann heraus, daß das Kabel brüchig war und auch daß nur noch Durchleuchtungen gemacht werden konnten. Die Schwestern versuchten immer wieder Spezialisten zu bekommen. Da es aber eine Hofmann/Erlangen-Anlage war, die keinerlei Vertretung in Pakistan hat, wollte Siemens mit der Anlage nichts zu tun haben. Übrigens ist z.Zt. weder Siemens noch Philips in Pakistan vertreten. Ein Ingenieur-Büro Zelin aus Lahore hat sich dann um die Sache angenommen und hat erklärt, daß ein neues Kabel und eine neue Röhre beschafft werden müßten. Die Daten wurden uns von der Firma gegeben und an Hofmann/Erlangen weitergereicht. Von da ab liegt dann bereits eine längere Korrespondenz mit Misereor vor, da es sich um die Finanzierung von DM 11.700,-- handelte. Es zog sich endlos hin, bis diese Röhre dann glücklich kam. Dann war zunächst wieder niemand da, der sie einbauen konnte und als dann der Herr in

³³³ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 25.10.54.

Lahore mitsamt den Plänen – wie Sie ja inzwischen wissen – sich abgesetzt hat, war überhaupt nichts mehr zu machen.“³³⁴

Diese Probleme finden sich in den Missionshospitälern Indiens und Afrikas gleichermaßen. Die Medikamentenversorgung war in den abgelegenen meist ländlichen Gebieten nicht dauerhaft ohne Engpässe zu organisieren. So heißt es in einem Bericht aus dem Kongo aus dem Jahr 1983:

„Wieder zurück in Poko nahm mich Sr. Gertraud einige Male mit, als sie zu Lepra Betreuung- und Nachuntersuchungen einige Busch-Dispensaires besuchte. Jeder der von ihr ausgebildeten einheimischen Pfleger ist für „sein“ Dispensaire verantwortlich und behandelt die Patienten selbständig, er bekommt, gegen Bezahlung Medikamente von Sr. Gertraud, denn im Lande selbst ist kaum etwas erhältlich.“³³⁵

Dass die Materialbeschaffung ein Problem für die Labortechnik darstellte, belegt vielfach die Korrespondenz. So heißt es in einem Brief aus Nyangana im Jahr 1986 beispielsweise:

„Ich mache jetzt Differentialblutbilder, da ich die Farblösungen erhielt u. auch das Hämatokritgerät funktioniert. Leider habe ich von Rundu noch keine Reagentien für Transaminasen u. die anderen chemischen Tests erhalten, weil sich die Behörden – Zentralregierung u. Kawangoregierung – noch nicht einig geworden sind. Ich warte speziell auf die Urustat-Skala u. die Blutgruppenserum, da wir sehr viele Bluttransfusionen laufen haben u. ich meinen Vorrat fast aufgebraucht habe.“³³⁶

Ab Mitte der 1970er Jahre wurde von der Tendenz einer stetig zunehmenden Spezialisierung und Technisierung abgerückt. Der medizinische Fortschritt in Europa und Nordamerika vollzog sich zu rasch und war zu kostenintensiv, als dass man in den Missionshospitälern Schritt halten konnte. Ferner waren die europäischen Geldgeber immer weniger bereit, diesen Weg mit zu gehen.

Sowohl die Größe als auch die technische Ausstattung des Hospitals Shrirampur sollten beispielsweise um 1980 auf dem damaligen Stand gehalten werden. In diesem Zusammenhang schreibt Sr. Christine Ott: „Denn was wir wollen ist ja ein einfaches Landkrankenhaus zu sein, um der Menge helfen zu können, vor allem den Armen, darum müssen

³³⁴ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Brief von P. Direktor des MI Urban Rapp an Misereor vom 02.05.79, S.1f..

³³⁵ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 5f..

³³⁶ Archivbox GMH 1. Brief von Sr. Otti Dittmer an Dr. Fleischer vom 05.06.86.

wir uns ja vor zu viel Spezialisierung hüten, weil wir sonst nur für einige wenige da sein können.“³³⁷

Verstärkt wurde die Entscheidung gegen einen weiteren Ausbau durch die Tatsache, dass in vielen Projekten die Übergabe an einheimische Organisationen vorbereitet werden sollte, was mit einer stetigen Reduzierung der Schwestern der GMH einherging. Gerade aber der Zeitraum der Übergabephase sollte nicht zusätzlich mit anderen Problemen belastet werden. Hinzu kam, dass Misereor ab Anfang der 1980er Jahre nicht mehr bereit war, einen Ausbau der Krankenhäuser als kurative Zentren mitzutragen, da aus der Sicht Misereors die kurative Versorgung z.B. in Shrirampur im indischen Vergleich mittlerweile als überdurchschnittlich eingestuft wurde.³³⁸

Für diesen Abschnitt lassen sich abschließend folgende Schlussfolgerungen ziehen. Innerhalb der GMH und des MI herrschte in den 1950er und 1960er Jahren ein Denkmuster vor, das von einem tiefen Glauben an die Machbarkeit des Fortschritts und der Modernisierung der Gesundheitsversorgung in den betreuten Gesundheitseinrichtungen der Missionsgebiete durch westliche Medizin und Technik geprägt war. Das Handlungsmuster, das sich daraus ableitete, war die Schaffung moderner Zentren der Gesundheitsversorgung nach westlichem Vorbild in Form von Krankenhäusern, in denen alle Neuerungen und das komplette Wissen der westlichen Medizin zur Anwendung kommen sollten. Da man nicht an der Realisierbarkeit und dem Nutzen der Missionshospitäler zweifelte, nahm man hohe Finanzierungskosten sowie einen hohen Material- und Personaleinsatz in Kauf. Weil es sich um europäisches bzw. westliches Wissen und Technik handelte, sollte die Durchführung europäischem Personal überlassen werden. Nach einem Zeitraum von ca. 20 Jahren relativierte sich durch die Realität vor Ort in den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen in Asien und Afrika dieses Denkmuster der Modernisierung und Technisierung. Die Konsequenz war ein Abstandnehmen von immer weiter vorangehender Technisierung, Modernisierung und dem Wachstum der Einrichtungen, ohne das Konzept des Krankenhauses an sich in Frage zu stellen.

³³⁷ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 23.03.83.

³³⁸ Archivbox GMH 3. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 01.10.80.

7. Missionsmedizin als integrativer Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit

Die durch die GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen waren einem Transformationsprozess unterworfen. Dieser war Folge einer Adaptation an die Verhältnisse in den Ländern der Dritten Welt und an Veränderungen der gesundheitspolitischen Ausrichtung der Geld gebenden Organisationen. Kirchliche Geldgeber aus dem Entwicklungsbereich wie Misereor wollten kirchliche Gesundheitsarbeit in den Missionen als Teil der Entwicklungszusammenarbeit der westlichen Gesellschaften verstanden wissen und so organisieren, dass sich abzeichnende Leitsätze für die Gesamtheit der Entwicklungszusammenarbeit, wie sie für den Gesundheitsbereich von der Weltgesundheitsorganisation formuliert wurden, in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen wie den Missionshospitälern angewendet und realisiert wurden. Darüber hinaus formulierten die kirchlichen Geldgeber wie Misereor eigene gesundheitspolitische bzw. -strategische Konzepte, die als Vorgaben an die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen wie die von der GMH betreuten Missionshospitäler weitergegeben wurden. Die Missionsmedizin war nach dem Zweiten Weltkrieg keineswegs automatisch Teil der so genannten Entwicklungshilfe. Sie musste sich integrieren und den definierten Bedingungen der säkularen „Entwicklungshilfe“ anpassen. Dies zeigt sich beispielsweise im Fall der Missionshospitäler des MI in Rhodesien/Zimbabwe, in denen Schwestern der GMH tätig waren. So waren diese Krankenhäuser zwar Teil der Missionen, wurden aber nicht als Krankenhäuser im Sinne der Entwicklungshilfe bewertet, da Rhodesien nicht als Entwicklungsland eingestuft wurde. So heißt es in einem ablehnenden Bescheid der Deutschen Förderungsgesellschaft für Entwicklungsländer bzgl. Versicherungszuschüssen an die Missionsärztin Dr. Rothschuh im Jahr 1966:

„zu unserem grossen Bedauern müssen wir Ihnen mitteilen, dass wir Ihren Antrag auf Gewährung von Versicherungszuschüssen vom 28. Februar 1966 ablehnen müssen. Der zuständige interministerielle Ausschuss hat sich nach eingehender Erörterung nicht in der Lage gesehen, die Härteklausel in Abschrift VIII Abs. 1 der Richtlinien des Bundes, auf die wir bereits in unserem Schreiben vom 11. März 1966 vorsorglich hinweisen

mussten, auf die Anträge von Fachkräften aus Rhodesien anzuwenden, da sie nicht in einem Entwicklungsland tätig sind.“³³⁹

Unter den maßgeblichen gesundheitspolitischen Strategien nach dem Zweiten Weltkrieg lassen sich zwei unterschiedliche Ansätze herausstellen. Auf der einen Seite steht der Export relativ teurer kurativer Medizin nach westlichem Vorbild mit entsprechender Labor- und Hospitaltechnik sowie mit hohem Bedarf an qualifiziertem Personal, das häufig aus den industrialisierten Ländern in die Entwicklungsländer geschickt wurde. Diese Strategie war eng mit dem Prozess der Institutionalisierung der Missionsmedizin und der Modernisierungstheorie verbunden.

Auf der anderen Seite steht der von der Weltgesundheitsorganisation ab 1978 geförderte Ansatz des Primary Health Care Konzepts, dessen grundlegender Gedanke darin bestand, durch Vorsorge und Vorbeugung medizinische Versorgung zu leisten und durch die Vermeidung teurer Medizin und die Schaffung tragfähiger Strukturen eine den sozioökonomischen Verhältnissen der Entwicklungsländer angemessene Gesundheitsarbeit zu bewerkstelligen.³⁴⁰

Dominierte in den 1950er und 1960er Jahren das erste Konzept, konnten sich die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen als Teil der Missionsmedizin und der Entwicklungszusammenarbeit der Entwicklung des so genannten Basic-Needs-Ansatzes, der in den 1970er Jahren aufkam, nicht entziehen.

Was in der Wirtschaftspolitik der Entwicklungszusammenarbeit die kapitalintensive Industrialisierungspolitik darstellte, entsprach im Gesundheitswesen den ebenso kapitalintensiven Krankenhäusern. Da sich große Entwicklungserfolge mit diesem Konzept – wie Lepenies argumentiert – nicht einstellten und die ärmliche und elende Alltagswirklichkeit der Bevölkerung weiterbestand, musste sich die Entwicklungszusammenarbeit neu ausrichten. Sie konzentrierte sich auf Tätigkeiten im Bereich der Daseinsversorgung wie Sicherstellung der Wasserversorgung, der landwirtschaftlichen Produktivität in kleinbäuerlichen Strukturen und der Bildung.³⁴¹

³³⁹ Archivbox R3 Dr. Rothsuh Maria. Brief der Deutschen Förderungsgemeinschaft für Entwicklungsländer an Frau Dr. Rothsuh vom 11.05.66.

³⁴⁰ Hein-Rothenbücher, K.: Das Missionsärztliche Laienapostolat (1997), S. 42.

³⁴¹ Lepenies, P. H.: Lernen vom Besserwisser: Wissenstransfer in der „Entwicklungshilfe“ aus historischer Perspektive (2009), S. 39.

Die Gründe für das Scheitern von Entwicklungshilfeprojekten sind gemäß der Argumentation von Büschel in verschiedenen Feldern und Ebenen begründet. Sie reichen vom Unvermögen des einzelnen Entwicklungshelfers oder des Entwicklungsteams bis zu organisatorischen und konzeptionellen Fehlern und Fehleinschätzungen. Zwischenmenschliche oder institutionelle Spannungen mit der Bevölkerung auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene, die oft einem wechselseitigen Unverständnis der Kultur des anderen oder der sich wandelnden politischen Gegebenheiten entsprangen, trugen ihren Teil bei.³⁴²

Im Bereich der Gesundheitsversorgung bedeutete die Neuausrichtung der Entwicklungszusammenarbeit eine Priorisierung der präventiven gegenüber der kurativen Medizin und ein in den Vordergrundstellen des Gesamtkollektivs im Sinne von Public Health gegenüber den Gesundheitsangeboten für das Individuum.

Analysiert man die Dokumente der GMH aus den Gesundheitseinrichtungen Indiens und Afrikas lässt sich herausarbeiten, dass noch vor der oben erwähnten Erklärung der WHO im Jahr 1978 Misereor von seinen Projektpartnern eine intensiviert Kooperation und Abstimmung mit anderen privaten oder staatlichen Gesundheitsanbietern vor Ort forderte. So wurde ab Anfang der 1970er Jahre von Seiten Misereors der Wunsch an die Missionskrankenhäuser herangetragen, das Engagement medizinischer Versorgung in den umliegenden Dörfern auszuweiten und die medizinische Arbeit mit den Aktivitäten evangelischer Missionen und denjenigen der Regierung zu koordinieren, was sich am Beispiel des St. Luke's Hospital nachweisen lässt. Misereor erhoffte sich von einer Abstimmung der Gesundheitszentren eine höhere Effektivität und eine geringere Belastung bzw. Überlastung des St. Luke's Hospital, das mit dem vorhandenen Patientenstand am Limit arbeitete. Misereor plante zusätzlich die Gründung einer Health Association privater medizinischer Einrichtungen im Gebiet der Diözese Poona und sah das St. Luke's Hospital dabei als wichtigen Bestandteil in dieser Konstruktion.³⁴³

Es zeigte sich jedoch, dass eine Koordinierung der unterschiedlichen Gesundheitsanbieter in dem Maße, wie Misereor sich dies wünschte, nicht realisierbar war. Zum einen bevorzugte die Krankenhausleitung weiter einen Ausbau der Ambulanz und des

³⁴² Büschel, H.: Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit (2009), S. 11.

³⁴³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 26.02.73.

Krankenhausbetriebes, was allein die vorhandenen Personalkapazitäten band. Hinzu kam zum anderen, dass auch von Seiten der evangelischen Mission und der staatlichen Stellen einer Koordinierung in gesundheitlichen Fragen kein großes Interesse geschenkt wurde.³⁴⁴ Das Engagement in den Dörfern verstärkte das St. Luke's Hospital auf Drängen von Misereor, indem es zu den Missionsstationen mit Gesundheitsposten, aber ohne Arzt, einmal wöchentlich einen Arzt des Krankenhauses schickte, sodass die dortige Krankenschwester in medizinischen Fragen Rücksprache mit einem Arzt halten konnte. Dieses Angebot wurde von den Gesundheitsposten nur zögerlich angenommen. Deshalb, aber auch wegen des Personalmangels im Krankenhaus, wurde dieses Projekt wieder eingestellt. In kleinerem Maßstab fand auch eine Koordinierung mit den Gesundheitseinrichtungen der evangelischen Mission statt, und zwar in der Weise, dass Krankenpflegeschülerinnen der Krankenpflegeschule des St. Luke's an Einsätzen des protestantischen Missionskrankenhauses in Wadala im Bereich Public health in den Dörfern des Distrikts teilnahmen.³⁴⁵ Während einer Hungersnot in der Gegend um Shrirampur fand eine Kooperation mit Ärzten aus Shrirampur statt. Wöchentlich wurde vom Krankenhaus ein Jeep zur Verfügung gestellt, so dass Ärzte, die sich dazu bereit erklärt hatten, zu den Vergabestellen von Hilfsgütern gebracht werden konnten. Somit war dort eine ärztliche Versorgung vorhanden. Diese koordinierte Arbeit war allerdings zeitlich begrenzt, da sie als Akutreaktion auf die Folgen der Hungersnot und die damit verbundene schlechte Ernährungslage der Bevölkerung ausgerichtet war.³⁴⁶

Wenngleich eine Koordinierung zwischen kirchlichen und staatlichen Gesundheitsstellen im großen Maßstab nur rudimentär verwirklicht werden konnte, so wurde der Ausbau des St. Luke's als Gesundheitszentrum der Region von Misereor dennoch weiterhin unterstützt.

Neben der Frage der Koordinierung rückte für Misereor der Fokus der strategischen Ausrichtung mehr in Richtung Präventivmedizin.

³⁴⁴ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 18.05.72; Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 04.04.73.

³⁴⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 03.08.72 und 12.03.73.

³⁴⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 12.03.73.

Diese Haltung entsprach einem neu entstehenden und an Bedeutung gewinnenden Gesundheitskonzept. So wurde beispielsweise auf der National Hospital Convention in Hyderabad im Jahr 1972, der staatliche und kirchliche Einrichtungen angehörten, beschlossen, den Bereich der Präventivmaßnahmen im Rahmen sogenannter Public health-Programme in ganz Indien auf- bzw. auszubauen und zu fördern. Misereor wollte eine Umsetzung dieses Gedankens in den Dörfern des Distriktes Ahmednagar, zu dem Shrirampur gehörte, vorantreiben und gleichzeitig aber auch den Ausbau der bestehenden kurativen Ausrichtung mit Krankenhaus und Ambulanz des St. Luke's Hospital fortsetzen.³⁴⁷ Man versuchte z. B. bei Hilfsmaßnahmen des St. Luke's Hospital in Shrirampur während einer Hungersnot bewusst Elemente der Gesundheitserziehung einzubauen, um damit auch der Forderung von Misereor nach mehr Präventivmedizin gerecht zu werden. Es wurden Grundsätze der Hygiene vermittelt und die Kinder zur Sauberkeit (Waschen, Kämmen etc.) angehalten. Die Ausgabe der Vitamine, Medikamente und der Milch wurde an die Gesundheitserziehung gekoppelt. Mit Beendigung des Verteilungsprogramms endete auch die damit verknüpfte Gesundheitserziehung in den Dörfern. Dagegen wurde die Gesundheitserziehung dauerhaft in das Mother and Child Programme des Hospitals integriert, das für eine Anzahl von 600 Kindern mit ihren Müttern ausgelegt war und neben der Verteilung von Nahrungsmitteln medizinische Versorgung und Beratung bereitstellte.³⁴⁸ Der Zeitraum, in dem für 600 Kinder und ihre Mütter das Mother and Child Programme durchgeführt wurde, ist nicht erruierbar.

Dass Misereor schon Anfang der 1970er Jahre eine zweigleisige Strategie, nämlich Förderung präventiver Medizin parallel zum Ausbau kurativer Einrichtungen verfolgte, belegt die Korrespondenz aus unterschiedlichen Projekten der GMH Afrikas und v.a. Indiens, die dies umsetzen sollten. Dies soll anhand eines Auszugs aus einem Brief aus dem Hospital in Shevgaon von 1974 mit einem Beispiel versehen werden:

„Es wird gebeten bei der Vergabe der Mittel die folgenden Bedingungen zu stellen:

Der Gesundheitsdienst im Einzugsgebiet von Shevgaon ist unzureichend. Es ist deshalb der Aufbau eines Landkrankenhauses geplant. Ziel des Projekts ist es,

³⁴⁷ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 18.05.72; Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Misereor an Sr. Christine Ott vom 04.04.73.

³⁴⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 12.03.73.

den Gesundheitsdienst sowohl auf dem Sektor der vorsorgenden als auch der heilenden Medizin zu verbessern.

Ein Krankenhaus aufzubauen, das auch als Ausbildungsstätte für die praktische Schwesternausbildung am St. Luke's Hospital in Shrirampur dienen soll.³⁴⁹

Impfaktionen waren in den 1950er und 1960er Jahren in den Missionskrankenhäusern als Teil von Präventivmaßnahmen durchgeführt worden und wurden in den folgenden Jahrzehnten fortgesetzt. Im Bereich der Präventivmedizin führte das St. Luke's Hospital in Bulawayo z.B. v.a. Impfaktionen gegen Tuberkulose, Keuchhusten und Tetanus durch, und es wurden Proteinpräparate verteilt sowie Gesundheitsaufklärung über Hygiene und Ernährung mit der kurativen medizinischen Versorgung kombiniert. Ebenso hatte das Krankenhaus zwei medizinische Hilfskräfte, von denen der eine im Einflussbereich des Hospitals Trachomfälle finden und ans Hospital weiterleiten sollte. Der zweite tat dies für Tuberkulose verdächtige Personen. Zugleich war er für die regelmäßige Medikamentenverteilung an die bereits Tuberkulose erkrankten Personen verantwortlich und achtete auf die Einhaltung von Kontrollterminen.³⁵⁰

Die Tätigkeit der Missionshospitäler in Afrika war v.a. kurativ ausgerichtet, mit zentralem Krankenhausbetrieb und Schwerpunkten auf Chirurgie und Gynäkologie. In der Fläche wurde medizinische Versorgung durch die sogenannten Buschfahrten zu den Dispensaries gewährleistet.

Neuer Ansatzpunkt der forcierten Präventivmedizin waren die so genannten Basisgesundheitsdienste in Projekten Afrikas und Indiens, die von der GMH in den Gesundheitsprojekten in den 1970er Jahren als Antwort auf die Forderungen von Misereor eingeführt wurden.

Die Basisgesundheitsarbeit in den Dörfern wurde beispielsweise in Shevgaon im Jahr 1978 begonnen und durch Misereor finanziert. Die Ziele, die Misereor dabei verfolgte, waren eine gesundheitliche Versorgung für einen möglichst großen Anteil der ländlichen Bevölkerung zu gewährleisten. Man konzentrierte sich in den Aktivitäten dabei insbesondere auf die ärmeren und benachteiligten Bevölkerungsschichten. Durch die kirchliche Gesundheitsarbeit sollten mit Einsatz von präventiver und kurativer Medizin Lücken

³⁴⁹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Stellungnahme von Misereor vom 31.05.74.

³⁵⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für sozial-caritative und kleinere wirtschaftliche Aufgaben der deutschen christlichen Missionare vom 25.11.67, S. 3.

der medizinischen Versorgung im staatlichen Gesundheitssystem geschlossen werden. Daraus ergab sich ein Arbeitsfeld in abgelegenen ländlichen Regionen.³⁵¹ Primary health care, die von den lokalen indischen Amtsträgern³⁵² begrüßt wurde, benötigte eine gewisse Zeit, um bei der Bevölkerung Akzeptanz zu erreichen.

Es zeigte sich aber bald, dass die Basisgesundheitsarbeit Problemen gegenüberstand, die man gedacht hatte, mit ihr zu lösen. War die Beschaffung von qualifiziertem Personal im Hospitalbetrieb stets eine drängende Frage gewesen, erwies sich die Basisgesundheitsarbeit und das Primary health care Konzept als ebenso anspruchsvoll. So war es keinesfalls einfach, qualifiziertes Personal für diesen Aufgabenbereich zu gewinnen. In diesem Zusammenhang schreibt eine Schwester der GMH aus Shevgaon an Misereor im Jahr 1976:

„[...] So ist es auch mit unserem lange geplanten Rural Health Service, das immer noch nicht richtig anzieht. So groß die Worte irgendwo in der Stadt oder sonst am „Grünen Tisch“ sind, so wenig Idealismus und Bereitschaft ist da, wenn es wirklich darauf ankommt. [...] Aber „die Person“ die die notwendigen Qualifikationen fuer so eine Aufgabe hat und auch Marathi kennt, muessen wir immer noch vermissen.“³⁵³

Ferner bedeutete Gesundheitsaufklärung in den Basisgesundheitsdiensten, dass man große Gebiete abdecken musste. Dabei stellte sich die schlechte Infrastruktur als Störfaktor heraus. So heißt es in einem Bericht betreffend eines Dorfes in der Nähe von Shevgaon 1991: „In the rainy season, there is no bus transport services. To all these villages, only once a day a bus goes. Thus, health Centres found it difficult to function there, due to lack of transport facilities, especially during rainy season.“³⁵⁴

³⁵¹ Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84. Auszug: „For the last three years our program was continued with the known objectives of: Health for all, especially for the poor and uneducated in the remote villages where other facilities i.e. Government Health Services are not available or insufficient via PREVENTIVE and CURATIVE medical care.“

³⁵² Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 15.11.78. Auszug: „Vorige Woche haben wir nun ein weiteres Dorf in unser Programm uebernommen. Es war eine wohlorganisierte Feier mit Dr. Ayyar, Mr. Ahire, dem Government Arzt, verschiedene Buergermeister und eine grosse Menschenmenge. In allen Marathi Zeitungen erschienen Artikel darueber. Hoffen und beten wir um Geduld bei dieser Aufgabe, die sicher fuer viele dann zum Nutzen sein kann.“

³⁵³ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 08.01.76.

³⁵⁴ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report des Community health and social work department Nityaseva Hospital 1991.

Diese Schwierigkeiten der Umsetzung von Primary health care führten teilweise zu Verunsicherung beim Gesundheitspersonal vor Ort. An die Anforderungen des Betriebs eines Krankenhauses hatte man sich gewöhnt. Der Krankenhausbetrieb schien – in der Wahrnehmung des Gesundheitspersonals vor Ort – relativ gut zu funktionieren. Die Bettenzahlen stiegen ebenso wie die Patientenzahlen in der Ambulanz und auf Station. Die Aufgabenbereiche waren klar gegliedert, die Finanzierung durch Einnahmen und Fördergelder gedeckt und die Ergebnisse durch Behandlungsstatistiken nachvollziehbar. Bei der Finanzierung erwies sich gerade die Privatstation als wichtiges Standbein. So heißt es in der Korrespondenz:

„[...] Aber es zeigt sich nun doch, dass die Privatstation unbedingt notwendig ist. Das verringert die finanziellen Sorgen fuer die Allgemeinstation.“³⁵⁵

Die Schwestern der GMH waren – das belegt die Korrespondenz und zeigt die Umsetzung in Projekten wie den Basisgesundheitsdiensten – offen für die Anwendung präventiver Maßnahmen³⁵⁶, doch zweifelte man an dem Heilsversprechen, die Gesundheitsprobleme der Entwicklungsländer ausschließlich durch Primary health care zu lösen. Diese skeptische Haltung kommt in einem Brief aus Shevgaon aus dem Jahr 1977 zum Ausdruck:

„Unser Hospital fuer 60 Betten gebaut, hat heute 90 Patienten untergebracht. Es sind nur Schwerkranke und mir blutet oft das Herz, wenn wir viele in noch elendem Zustand heimschicken muessen, weil halt der Platz fuer noch Schlimmere gebraucht wird. Mit dem Hunger unter dem viele leiden, wird der Zustand nicht besser. Wir versuchen wo immer moeglich mit Preventive-Care, aber wenn es damit allein ginge, sollte man in Deutschland wohl kaum noch Hospitaeler brauchen.“³⁵⁷

Die präventiv-medizinischen Maßnahmen, wie sie von Misereor propagiert wurden, wurden in Shevgaon ferner seit 1979 in einem Community health programm (Basisgesund-

³⁵⁵ Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 19.05.75.

³⁵⁶ Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 17.12.73. Auszug: „Dr. Pasaranikar, die seit Anfang schon bei uns ist, hat mir nun doch zugesagt, dass sie bleiben wird, bis wir jemand haben und dann mit uns d.h. vom Hospital aus ein Programm in Community-Health-Care aufbauen wird. Das freut mich ganz besonders, denn diese Aufgabe ist eine sehr dringende, sonst wird unser Hospital wie auch immer zu klein sein. Nun braucht das allerdings eine gute Planung und manche Vorbereitung. Durch die div. Hilfsprogramme haben wir guten Kontakt in den Dörfern und mit den zuständigen Stellen, das ist dann schon mal ein Plus.“

³⁵⁷ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 04.10.77.

heitsdienst) realisiert. Hierbei verfolgte man einen integrativen Ansatz, bestehende kura-tive Strukturen wie die Fahrten zu Außenstationen und mobile Ambulanzen mit Präven-tivmaßnahmen zu verbinden. So führte man Hausbesuche, Beratungen zu Hausgebur-ten, Antenatal- und Postnataluntersuchungen, Gesprächsveranstaltungen über Gesund-heit (sexuell übertragbare Krankheiten, Familienplanung, Ernährung), Gesundheitser-ziehung in den Schulen u.a mit Filmvorführungen und Impfungen durch. Man erreichte mit diesen Maßnahmen laut Bericht neun Dörfer mit einer Bevölkerung von 7450 Perso-nen. Dieses Programm wurde von einem Arzt, einem Sozialarbeiter, einer Kranken-schwester und zwei Hilfskrankenschwestern betreut.³⁵⁸ Neu war bei den Basisgesund-heitsdiensten der Versuch, die lokale Bevölkerung aktiv in die Ausarbeitung der Ge-sundheitsversorgung miteinzubeziehen. Indem man in Gespräche mit den Dorfoberen und der normalen Bevölkerung trat und sich versuchte abzustimmen, wollte man her-ausfinden, welche Umstände in sanitärer und hygienischer Hinsicht herrschten und wel-che gesundheitlichen Probleme die Menschen am meisten belasteten.³⁵⁹

Als Erfolge der Basisgesundheitsarbeit nennt man beispielsweise in der Korrespondenz aus Shevgaon eine verbesserte Hygiene der Mütter und Kinder, eine Verbesserung der sanitären Situation durch den Bau von Latrinen und Chlorierung des Wassers sowie ei-ne höhere Durchimpfungsrate innerhalb der Bevölkerung der betreuten Dörfer.³⁶⁰

Gesundheitspolitische Kurskorrekturen sowie strukturelle Veränderungsprozesse der Geldgeber wie Misereor beeinflussten die Projekte direkt. So führte beispielsweise der Dezentralisierungsprozess bei Misereor Anfang der 1980er Jahre, in dem Kompetenzen der Zentralstelle auf die Geschäftsstellen der jeweiligen Länder übertragen wurden, da-zu, dass die Bewilligungsabläufe von finanziellen Unterstützungsanträgen für die Projek-te vor Ort längere Bearbeitungszeiten benötigten. So heißt es in einem Dokument aus der Zeit:

„inzwischen habe ich den Antrag zur Aufstockung des Nurses house an MISEREOR weitergegeben und von da die Nachricht bekommen, daß man sich direkt mit Ihnen in Verbindung setzen wird. Ich hoffe, es ist inzwischen geschehen. Ich habe den Eindruck,

³⁵⁸ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hos-pital Report 1980.

³⁵⁹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hos-pital Report 1980.

³⁶⁰ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hos-pital Report 1980.

als wenn die bürokratische Maschine bei MISEREOR komplizierter und damit langsamer geworden ist. Die angestrebte Dezentralisierung auf die Länder bedeutet, daß jedes Projekt einen doppelten Weg geht. Es ist nicht klar, ob man z.B. in Indien an die Zweigstelle von MISEREOR in Delhi einen Antrag stellt und von dort die vorläufige Genehmigung einholt, daß er dann an MISEREOR nach Aachen weitergeschickt wird, damit MISEREOR wieder seine Rückfragen über Delhi an den Projektträger laufen lassen kann. Aber ich glaube, daß man darüber mit den Instanzen von MISEREOR nicht reden kann. Ich kann nur hoffen, daß das Projekt klappt.“³⁶¹

Die Bevorzugung von Basisgesundheitsdiensten und Primary health care zu Lasten der Förderung von Missionskrankenhäusern, stellte das prinzipielle Konzept der von der GMH betreuten Missionshospitäler in Frage und führte deshalb zu Spannungen zwischen Misereor und dem MI, das die GMH gegenüber Misereor vertrat. Als Beleg für die Differenzen zwischen MI und Misereor sei ein Auszug aus einem Brief Anfang der 1980er angeführt:

„Ich möchte dazu auch ganz offen sagen, daß vor wenigen Tagen Dr. F., Dr. F.³⁶² (vor wenigen Wochen aus der Transkei zurückgekehrt) und ich bei MISEREOR zu einem echten Hearing waren. Wir hatten echte Spannungen, da es eindeutig bei MISEREOR Tendenzen gibt, die Aktivitäten der Hospitäler weit weniger zu unterstützen als Aktivitäten im Basisgesundheitsdienst. [...] Übrigens vor 14 Tagen wurde unser Antrag bei MISEREOR, einige Unterkünfte für langjährige Mitarbeiter in Shrirampur, die in geradezu slumartigen Wohnungen leben, zu errichten, abgelehnt. [...] Sie sehen daraus, daß wir auch von dieser Tendenz betroffen sind. Ferner scheint mir die Tendenz bei MISEREOR stärker zu werden, nur noch die ärmsten Antragsteller zu berücksichtigen, da das Verhältnis der Bitten zum vorhandenen Geld etwa 3:1 steht.“³⁶³

Abschließend zu diesem Kapitel lassen sich folgende Ergebnisse festhalten. Kirchliche Geldgeber für die Missionshospitäler wie Misereor schufen eigene oder übernahmen gesundheitspolitische Konzepte der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Diese gesundheitspolitischen Vorstellungen wurden über den Hebel der Bewilligung von

³⁶¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von P. Direktor Urban Rapp an Frau Dr. Aschhoff vom 08.05.80.

³⁶² Name geändert; M. E.

³⁶³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von P. Direktor Urban Rapp an Frau Dr. Aschhoff vom 28.10.80, S. 2.

Geldern zur Finanzierung der Projekte vor Ort implementiert. Die konkrete Umsetzung der gesundheitspolitischen Vorstellungen wurde den Gesundheitskräften vor Ort überlassen. Die 1970er Jahre sind ein Jahrzehnt des Wandels im Denken und Beurteilen von Entwicklungszusammenarbeit. Koordinierung von Kapazitäten, Einbindung und aktive Beteiligung der Bevölkerung und Absicherung der Bedürfnisse der Daseinsvorsorge drängten das Modernisierungsprinzip in den Hintergrund. Im Gesundheitsbereich bedeutete dies zunächst eine Ergänzung der kurativen Medizin in den Krankenhäusern um den Bereich der präventiven Medizin, die ihren Ausdruck in Basisgesundheitsdiensten der Primary health care und in Public health findet. Aufgrund knapper werdender Gelder traten beide Konzepte, d.h. kurative und präventive Ansätze, in den 1980er Jahren in eine gewisse Konkurrenzsituation ein, die die Existenz der Missionshospitäler – in der Wahrnehmung mancher Beteiligten – bedrohen konnte. Generell zeigte sich in der Praxis, dass auch mit präventiver Medizin die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung nicht beseitigt werden konnten. Für deren Durchführung benötigte man ebenso wie in den Krankenhäusern qualifiziertes Gesundheitspersonal, und die Möglichkeit lokaler Einnahmequellen für die Basisgesundheitsdienste gab es nicht, so dass sie in gewissem Maße auch von Zuschüssen von außen abhängig waren. In den von der GMH betreuten Missionshospitälern wurde die kurative Tätigkeit in den Hospitälern fortgeführt und um präventivmedizinische Bereiche und Dienste ergänzt.

8. Wandel des Begriffes Entwicklung

Der Begriff der Entwicklung hat im Bereich Gesundheit einen Bedeutungswandel durchlaufen. Ich behaupte, dass sich der Begriff der Entwicklung neben der Technisierung des Krankenhauses bis zu den 1970er Jahren für die handelnden Gesundheitsfachkräfte v.a. über den gesundheitlichen Zustand der behandelten Person als Individuum definierte. Ich möchte dies als individualistische Krankenversorgung bezeichnen. Der Erfolg des medizinischen Engagements drückte sich in behandelten Patientenzahlen, durchgeführten Operationen und dem technischen Stand der verwendeten diagnostischen und therapeutischen Geräte aus, die einfach zu messen waren.

Anfang der 1970er Jahre wurden die Gesundheitskräfte vor Ort mit einer neuen Auslegung des abstrakten Begriffs der Entwicklung durch die Geld gebenden Entwicklungshilfeorganisationen konfrontiert. Entwicklung im Bereich der Gesundheit wurde nun in den

Kontext der wirtschaftlichen und sozialen Dimension gestellt und von der Ebene des Krankenhauses auf den komplexen Bereich der lokalen bzw. regionalen Gesundheitsversorgung gehoben. Die neue entwicklungspolitische Dimension des Primary health care Konzepts bestand darin, dass nicht mehr ausschließlich medizinische Gesichtspunkte der Krankheitsentstehung und -bekämpfung im Fokus der Arbeit standen. Es wurde hervorgehoben, dass der Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung dauerhaft nur verbessert werden konnte, wenn auch soziale und ökonomische Faktoren der örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt würden. So führte die medizinische Tätigkeit zu einer Auseinandersetzung mit der sozialen und wirtschaftlichen Lebenswirklichkeit der lokalen Bevölkerung. Z.B. wurde die Nahrungsversorgung der Bevölkerung in Eikwe/Ghana immer wieder als unzureichend beschrieben. Als eindrücklicher Beweis sei ein Auszug aus einem Brief von 1979 angeführt:

„Doch die Bevoelkerung im Kuestengebiet, wo nur Kokuspalmen wachsen und die keine Farmen haben und auf die Nahrungsmittel von Takoradi angewiesen sind, begannen zu hungern. Durch die chronische Unterernaehrung wurden sie noch anfaelliger fuer die Tropenkrankheiten und es kamen so viele Schwerkranke, dass wir sie fast nicht mehr alle unterbringen konnten.“³⁶⁴

In Shevgaon und in dessen Umgebung beispielsweise waren die meisten der Einwohner der Dörfer Landlose, die sich durch unregelmäßige Arbeit auf den Feldern der Großgrundbesitzer verdingten. Industriearbeitsplätze gab es nicht. Ein Teil der Bevölkerung arbeitete als Wanderarbeiter einige Monate in der Zuckerernte in anderen Regionen Indiens.³⁶⁵

Es war aber weder durch kurative noch präventive Medizin oder einer anderen Form medizinischer Hilfe möglich, die sozioökonomischen Aspekte des Gesundheitszustandes zu verändern, da sie eng mit der Frage des wirtschaftlichen Fortschritts und der Frage verbesserter Erwerbsmöglichkeiten in der ländlichen Bevölkerung verbunden waren, auch wenn Missionskrankenhäuser für eine begrenzte Zahl von Personen Arbeits-

³⁶⁴ Archivbox GMH 2. Rundbrief von Dr. Gabriele Köthe aus Eikwe vom November 1979, S. 1.

³⁶⁵ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report on Extension program of Nityaseva hospital, Shevgaon. Auszug: "The main problem of all these villages is the gap between the few rich farmers, who possess the land and the majority of landless people, who are fully depending on the rich minority living on daily wages."; Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health and Social work department. Nityaseva Hospital, Shevgaon, Comprehensive Report from January 1988 to December 1990.

plätze schufen.³⁶⁶ Durch die Ausbildung medizinischer Gesundheitsfachkräfte wurden wiederum einer begrenzten Zahl von Menschen Wege in eine bessere berufliche Zukunft angeboten. Man konnte auf die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung der breiten Bevölkerung durch diese Maßnahmen trotzdem keinen Einfluss ausüben. Eine Methode möglichst viele Menschen zu erreichen, sah man in der Gesundheitserziehung³⁶⁷. Dem Konzept der Gesundheitserziehung lagen zwei Annahmen zugrunde. Gesundheit ist die Voraussetzung für wirtschaftlichen Fortschritt. Vorbeugen ist besser und günstiger als Heilen. Das Ziel, das man daraus ableitete, bestand darin, in der lokalen Bevölkerung ein Gesundheitsbewusstsein zu schaffen. Es sollte Wege aufzeigen, durch einfache und kostengünstige Maßnahmen gesund zu bleiben. Dies konnte nur gelingen, wenn die Bevölkerung an diesem Wissen interessiert war und seine Bedeutung erkannte. Das sollte dadurch erreicht werden, dass man Einheimische auswählte und schulte, die die Gesundheitsaufklärung z.B. über Familienplanung durchführen sollten.

Der Bedeutungswandel der Entwicklung wurde von den Geldgebern auch mit dem Argument vollzogen, dass die Entwicklungsgelder zukünftig „nachhaltig“ investiert werden sollten. Die Bedingungen, die Krankheit erzeugten, sollten im Vorfeld ihrer Entstehung beseitigt werden. Wirtschaftliche Armut der Bevölkerung verursachte einen schlechten Ernährungszustand und prekäre Wohnverhältnisse. Ebenso verhinderte die wirtschaftliche Lage der Bevölkerung den Aufbau von Krankenkassen und Sozialsystemen, die eine Gesundheitsstruktur mit Krankenhäusern nach westlichem Vorbild aus eigener

³⁶⁶ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974. Auszug: „Insgesamt sind für den Hospitalbetrieb an Personal vorgesehen: - 3 Ärzte (voraussichtlich einer mit Familie); - 15 Krankenschwestern, 7 sonstige Fachkräfte (Laborantin, Röntgentechniker, Verwalter etc.) - Hilfskräfte (9 intern, 4 extern); Für den Außendienst: - 1 Sozialarbeiter, 2 Krankenschwestern und eine Laborantin.“

³⁶⁷ Vgl. Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report des Community health and social work department Nityaseva Hospital 1992–1994. Als Ziele werden dort folgende Maßnahmen beschrieben: „1) Prevention and control of communicable diseases 2) Promotion of health and efficiency 3) Early diagnosis, treatment, rehabilitation and Follow-up 4) Alleviation of socio-economic standard of rural communities, through ORGANISED COMMUNITY EFFORTS, i.e. through Community organisation and Development, which involves constant ongoing educational process 5) Initiate and sustain an educational process to: a) Convince people that health is their right and make necessary demands to that effect b) Make them determinant to maintain good health c) Make them aware and convince them of negative detrimental effects of social evil, superstitions, false beliefs and unhealthy health practices d) Enable them to take active part in the social and economic structures of the society so that development is fostered and cultivated e) Make people aware and convince them of their real needs, rights, and responsibilities in the light of Positive health and welfare f) Make them aware of available resources, in and around them and find ways and means to reach and utilise them for individual family and community as a whole.“

Kraft finanzieren würden. Dies bedeutete, dass Patientenzahlen, Operationen und der technische Stand eines Missionshospitals nicht mehr per se als entwicklungspolitischer Erfolg galten. Die Problematik des neuen Ansatzes lag darin, dass sowohl die Maßstäbe, an denen Erfolg messbar war, als auch der Bereich der Handlungsansätze außerhalb des Einflussbereiches eines Missionshospitals lagen. Sie waren komplex und gar nicht für die Gesundheitskräfte vor Ort messbar und nachvollziehbar, da nun epidemiologische Studien für eine bestimmte Region nötig wurden. Man erwartete aber genau von diesen Kräften, dass sie die in den Planungsbüros der Hilfsorganisationen entworfenen Strategien der Primary health care und der Präventivmedizin in Abstimmung mit den lokal, regional und national Verantwortlichen durchführten.

Um soziale Verbesserungen durch eigene Mittel zu erreichen, weitete man das Tätigkeitsspektrum über das medizinische Engagement hinaus aus, sodass man z.B. Schulkinder mit Lehrmaterial und Uniformen ausstattete oder bei der Finanzierung der Schulgebühren unterstützte sowie Veranstaltungen zur Verbesserung der landwirtschaftlichen Erträge durchführte, was z.B. in Shevgaon geschah.³⁶⁸ Diese Ausweitung folgte aus der sozialen Realität. So betrug z.B. die Analphabetenrate in Shevgaon zwischen 25 und 30%, und insbesondere die Mädchen verließen früh die Schule.³⁶⁹

Der grundlegende Gedanke des Dorfentwicklungsprojektes in Chetpet lag darin, dass man die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung nur durch eine sozioökonomische Verbesserung der Lebensrealität der Patienten des St. Thomas Hospital and Leprosy Centre lösen konnte. Man war sich bewusst, dass die medizinische Versorgung durch europäisches Personal und europäische Gelder nicht dauerhaft geleistet werden konnte und große Abhängigkeiten erzeugte. Der Wandel der Bedeutung der Entwicklung in den 1970er Jahren führte auch dazu, dass man vom eurozentrischen Handlungsprinzip abrückte. Die medizinische Hilfe sollte einen Beitrag zur Entwicklung der ländlichen Region

³⁶⁸ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report des Community health and social work department Nityaseva Hospital 1991; Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84. Auszug: "Guidance and help to those in need in various fields. - advice to farmers to improve their crops - advice how to make use and how to supply for available government schemes. - guidance for school going children for further education and apply for places in respective boarding schools. - promotion of school going via motivation programme, personal contacts and house visits. [...] Building of Community wells in co-operation with available schemes by Government or Social Centre."

³⁶⁹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health and Social work department. Nityaseva Hospital, Shevgaon, Comprehensive Report from January 1988 to December 1990.

leisten, in dem sie die Menschen befähigen sollte, sich selbst zu helfen. Dieser Erkenntnisprozess des deutschen Personals und der Bedeutungswandel des Begriffs Entwicklung finden ihren Widerhall in der Korrespondenz. So wird die Aufgabe des Community Development Project in Chetpet wie folgt beschrieben:

„CODEP’s efforts are being directed towards generating such a process of development where men and women in the rural area increasingly take charge of their development by building self-awareness and confidence to see their own problems, and to find their own way and means of solving them.“³⁷⁰

Zusammenführend lassen sich die Kernaussagen dieses Abschnittes folgendermaßen festhalten. In den 1970er Jahren erfolgte durch die Geldgeber eine Umdeutung des Begriffs Entwicklung auf eine komplexere Ebene. Die Gesundheitsarbeit wurde in den Kontext der sozioökonomischen Bedingungen vor Ort gestellt. Darauf aufbauend vollzog sich in den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen Indiens und Afrikas ein Aufkommen des Primary health care Konzepts, der Präventivmedizin, der Basisgesundheitsdienste und eine Ausweitung des Tätigkeitsspektrums der Gesundheitseinrichtungen der GMH über den medizinischen Bereich hinaus in soziale Bereiche. Dies bedeutete ein Zurückweichen der Förderung krankenhauszentrierter kurativer Versorgung und eine sich langsam vollziehende Abkehr von eurozentrischen Organisations- und Handlungsmustern innerhalb der Gesundheitsarbeit. Für das Gesundheitspersonal bedeutete dies zum einen ein Loslassen von gewohnten Handlungsweisen innerhalb der Hospitäler und ein sich Einlassen auf die neuen Formen der Gesundheitsarbeit beispielsweise in den Basisgesundheitsdiensten. Die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Erfolge eigenen medizinischen Handelns innerhalb des neu definierten Entwicklungsbegriffs überstieg die Möglichkeiten des Gesundheitspersonals vor Ort.

9. Nationalisierung der Projekte

a) Indisierung

In diesem Abschnitt möchte ich zeigen, dass die von der GMH betreuten Missionshospitäler insbesondere in Bezug auf das Personal einen Prozess der Indisierung durchliefen. Die erste Berufsgruppe, die in den 1970er Jahren indisiert wurde, waren die ÄrztInnen.

³⁷⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox 2. Mappe f CODEP. Project Proposal for an agricultural training centre at CODEP, S. 1.

In der Anfangsphase der Projekte wurden innerhalb der Hospitäler hauptsächlich Hilfskräfte für die Krankenpflege und den Haushalt eingesetzt. Mit der Konsolidierung der Missionshospitäler wuchsen die Patientenzahlen im ambulanten und stationären Bereich der Krankenhäuser stetig an, was einen Ausbau der Missionskrankenhäuser und einen erhöhten Personalbedarf in Krankenpflege und Ärzteschaft, aber auch in nicht medizinischen Berufen oder Hilfsarbeitertätigkeiten nach sich zog. Dieser konnte nicht ausschließlich über europäisches Personal gedeckt werden, so dass allein die medizinische und logistische Notwendigkeit zu einem vermehrten Einsatz indischer Kräfte führte. So bedeutete die Errichtung des Allgemeinkrankenhauses St. Thomas Hospital in Chetpet zusätzlich zum Leprazentrum zum Beispiel, dass das Krankenhaus indische Ärzte und Krankenschwestern anstellen musste, da die Mitglieder der GMH diese Aufgabe alleine nicht leisten konnten.

Die Korrespondenz zeigt allerdings, dass die Gewinnung von indischem Fachpersonal von der Lage des Ortes, d.h. der Ausprägung der ländlichen Gegend und der Erreichbarkeit größerer Städte abhing. So war in Chetpet aufgrund der guten geographischen Lage die Personalgewinnung weniger problematisch als in anderen abgelegeneren Krankenhäusern wie Shirampur oder Shevgaon. Ebenso war die Fluktuation des Personals in Chetpet weniger stark ausgeprägt.³⁷¹

So gestaltete es sich anfangs in Shevgaon schwierig einen indischen Arzt zu verpflichten.³⁷² In einem Brief heißt es 1970:

„Es ist uns nicht gelungen bisher einen geeigneten Arzt für Shevgaon zu finden, der ausreichende medizinische Kenntnisse und zugleich den Idealismus besitzt in diesem weltabgeschiedenen Ort das Hospital anzufangen. Die Anfangsjahre sind bekanntlich

³⁷¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von Frau Dr. Aschhoff an den P. Direktor Urban Rapp vom 31.03.81, S. 2. Auszug: „Fuer mehrere Jahre nun hatten wir ein gut eingearbeitetes Aertzeteam. Es war wirklich eine Freude mit ihnen zu arbeiten. Nun wird sich Dr. Subramaniam nach 9 Jahren Dienst bei uns am 31. Mai zur Ruhe setzen. [...] Seine Tochter und Schwiegersohn, die auch bei uns arbeiteten, sind vor einem Monat nach Madras gegangen, um ihren Facharzt zu machen. [...] Und im August noch wird Dr. Abharani uns verlassen, weil sie heiratet. Einen Chirurgen haben wir gefunden. [...] Fuer die anderen Stellen sind viele viele Bewerbungen da, aber es heisst den richtigen zu finden.“

³⁷² Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief an die Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe vom 07.10.70. Auszug: „[...] wie Sie vielleicht wissen, beginnen wir zur Zeit ein neues Branch-Hospital in Shevgaon. Bedauerlicherweise ist es uns nicht gelungen, für den Beginn einen brauchbaren Arzt zu bekommen und wir wollen nicht mit Pfusch beginnen. Vom Missionsärztlichen Institut in Würzburg bekommen wir keinen. Deshalb möchte ich Sie heute fragen, ob Sie einen Arzt oder Ärztin (noch besser) zur Verfügung haben, der oder die interessiert wäre für einige Jahre (2 oder 3) nach Shevgaon zu gehen.“

die schwierigsten. Sobald das Hospital voll eingerichtet ist und mit Bettenstationen und Operationsbetrieb läuft dürfte es nicht schwierig sein einen Inder zu bekommen. Beginnen wir jetzt jedoch mit einem – low qualified – Doctor, so wird die gesamte Anfangsorganisation mangelhaft und das Hospital für Lebenszeit unter den Anfangsfehlern leiden. Wir brauchen deshalb einen Arzt, der bereit ist zunächst mit bescheidenen Mitteln gute Medizin zu machen und der das auch kann.“³⁷³

War erst ein Arzt gefunden, erwies es sich als schwierig, diesen dauerhaft an das Krankenhaus zu binden.³⁷⁴ Ein Grund für die Indisierung der Ärzteschaft liegt darin, dass der Einsatz von MissionsärztInnen als zeitlich begrenzt geplant war, ein sofort einsatzfähiger Ersatz manchmal nicht vorhanden war und diese Zeit mit indischen Kräften überbrückt werden musste. Ein solches Beispiel findet sich für das Missionskrankenhaus in Jhansi. Nach der Heimkehr der Missionsärztin Fr. Dr. Reichert im Jahr 1966, für die wegen des mittlerweile in Deutschland herrschenden Ärztemangels kein Ersatz gefunden werden konnte, war das St. Jude's Hospital Jhansi dazu gezwungen, indische Ärzte zu gewinnen. Dies war aber kein bewusst herbeigeführter Prozess zur Indisierung, sondern war der Notwendigkeit geschuldet, dass ein Krankenhaus ohne Ärzte nicht existieren kann. Im Gegenzug wurde die Schwesternschaft der GMH um eine weitere deutsche Schwester aufgestockt.³⁷⁵ Die Beschäftigung indischer Ärzte in der Übergangszeit wurde in Jhansi als positiv bewertet und hat mit dazu geführt, dass man sich später in anderen Projekten für eine bewusste Indisierung des Personals entschied.³⁷⁶ So wurde beispielsweise das Missionskrankenhaus Nityaseva Hospital in Shevgaon von Beginn an ohne deutsche MissionsärztInnen geführt.

In Shrirampur schieden in den 1970er Jahren ebenso die deutschen MissionsärztInnen aus dem Missionskrankenhaus aus. Damit übernahmen indische Ärztinnen und Ärzte

³⁷³ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 07.10.70.

³⁷⁴ Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 18.09.78. Auszug: „Dass Dr. Rebello, unser Chirurg, uns verlaesst, hatte ich Ihnen wohl lange schon geschrieben. Obwohl wir seit Monaten auf intensiver Suche sind, in 6 Zeitungen annonciert haben, hat sich noch nichts rechtes gefunden. [...] Wir haben uns nun entschlossen, fuer einige Wochen einfach ohne Chirurgen zu arbeiten.“; Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 15.11.78. Auszug: „Dr. Chaudhari hat allerdings nur fuer 6 monate zugesagt, doch will er uns einen guten Chirurgen besorgen, bevor er geht.“

³⁷⁵ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Elisabeth Mihalovits an die evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe vom 26.10.67.

³⁷⁶ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Misereor vom 06.11.67.

die medizinische Versorgung. Aus der damaligen Sicht war die Stimmung und Zukunftserwartung innerhalb der GMH von einer gewissen Skepsis und Ungewissheit bestimmt, wie sich das Hospital Shrirampur ohne deutsche Ärzte weiterentwickeln bzw. bestehen könne. Die Befürchtungen erwiesen sich aber als unbegründet, denn die Patientenzahlen stiegen weiter an und die indischen Ärzte, die schon zuvor mit den deutschen MissionsmedizinerInnen zusammengearbeitet hatten, zeigten eine enge Verbundenheit zum Krankenhaus. Die tägliche Patientenzahl in der Ambulanz lag 1972 zwischen 200 und 350; die Bettenzahl wurde in diesem Jahr von 180 auf 200 erhöht, was natürlich einen höheren Personalbedarf und Erweiterungsbauten bedeutete.³⁷⁷

Insgesamt lässt sich ein allmählicher Prozess der Indisierung des Hospitals Shrirampur erkennen, was neben der Ärzteschaft auch die Krankenpflege, das Laborpersonal und andere Bereiche wie Küche und Instandhaltung betrifft. Dies soll anhand eines Briefauszugs aus Shrirampur an Misereor von 1971 veranschaulicht werden:

„Die Situation des Hospitals ist die, dass wir Schritt für Schritt daran gehen, es mit indischem Personal zu besetzen. Nachfolger von Dr. Rohde ist ein sehr guter indischer Fachchirurg, alle anderen Ärzte sind bereits Inder bzw. Inderinnen. Da das Hospital Shrirampur eine sehr gut besuchte Krankenpflegeschule hat, können von dort auch immer mehr indische Kräfte in das Hospital übernommen werden.“³⁷⁸

Gründe, die dazu führten, dass man keine deutschen Mediziner mehr in den Einrichtungen einsetzte, liegen in Indien und Deutschland. So wurde die Erlangung von Visa für deutsche ÄrztInnen, Krankenschwestern, Hebammen und technische Assistentinnen in Indien zusehends schwieriger. Überlegungen und Entscheidungen des P. Direktor des MI und Forderungen von Misereor haben die Indisierung der Projekte geprägt. Man wollte eine Indisierung der Projekte. Dass dies auch Antwort auf einen Erkenntnisprozess des Direktors des MI ist, findet seinen Ausdruck in der Korrespondenz aus dem Jahr 1982:

„Wir bemühen uns im Institut dringende Anfragen nach Ärzten aus einer Reihe von Hospitälern zu befriedigen, aber gut ausgebildete Ärzte sind rar und haben meist schon Familie mit Kindern, und ganz junge Kräfte sind ja auch nicht gerade eine Hilfe. Ich habe

³⁷⁷ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 18.05.72.

³⁷⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Misereor vom 13.07.71.

nicht den Eindruck, daß das Interesse an der Mitarbeit in der Mission geringer ist als früher. Gestern habe ich eine große Fotografie aus den 30er Jahren in den Händen gehabt mit sicher ca. 60 Missions-Medizinern. Man muß heute sagen, daß minimal wenige davon zu P. Christoph Beckers Zeiten in den Missionsdienst gegangen sind. Ein anderes Problem kommt auf uns zu – die vorauszusehende Arztschwemme in Deutschland. Bereits jetzt sind die meisten Krankenhäuser auf Jahre hinaus blockiert, wie wir auch, und fast täglich laufen Bewerbungen um eine Assistenzarztstelle ein. Ich kann mir gut vorstellen, daß da eine Reihe auf die Idee kommen, die Wartezeit damit zu überbrücken, daß sie in den Entwicklungsdienst gehen. Aber außer diesem Zweckdenken dürfte wohl nicht die geringste andere Motivation da sein.“³⁷⁹

Hinzu kam, dass es Anfang der siebziger Jahre in Indien keinen drastischen Mangel mehr an Ärzten gab. So verschärfte der Einsatz ausländischer Ärzte in Indien die Arbeitsmarktsituation für die einheimischen ÄrztInnen. Diese Situation führte verstärkt zu Forderungen auch seitens Misereor, Projekte wie das in Shrirampur schrittweise an indische Kräfte zu übergeben. Diese Entwicklung auf dem indischen Arbeitsmarkt versetzte die handelnden Akteure in einen Zwiespalt über die Sinnhaftigkeit des Einsatzes ausländischer medizinischer Fachkräfte unter diesen Bedingungen. Hiervon zeugt die Korrespondenz der damaligen Zeit.

Beispielhaft sei ein Auszug aus einem Brief des P. Direktor des MI von 1972 angeführt: „Und wenn man dabei weiß, dass z. Z. in England 20.000 indische Ärzte arbeiten, dass an der ganzen Küste Afrikas sich indische Ärzte niederlassen und dass laufend Anfragen nach Deutschland kommen, von indischen Ärzten, um hier zu arbeiten, dann fragt man sich: hat man eigentlich das Recht, nach Indien noch einen deutschen Arzt zu schicken. Jeder deutsche Arzt nimmt einem indischen Arzt eine Stelle weg. Sie werden vielleicht nicht der gleichen Meinung sein wie ich, aber es ist das heutige Problem, das immer wieder an mich herangetragen wird, z.B. auch von Misereor, von AGEH etc. Wir werden sehr hart befragt: was tun Sie um Ihre Hospitäler so schnell wie möglich in die Hände ortsansässiger Kräfte zu überführen. Ich weiß, dass die Frager alle nach Indien schauen, wenn Sie diese Gewissensfrage stellen.“³⁸⁰

³⁷⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von P. Direktor Urban Rapp an Frau Dr. Aschhoff vom 03.11.82.

³⁸⁰ Archivbox GMH 3. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Sr. Christine Ott vom 11.04.72.

Ein tragender Gedanke bei der Indisierung der Projekte, war die Hoffnung, diese dauerhaft sowohl personell als auch finanziell³⁸¹ auf eigene Füße zu stellen und somit unabhängig vom Spendenaufkommen in Deutschland zu machen, was den Entwicklungskonzepten der 1970er Jahre entspricht. Dies hielt man für möglich, da beispielsweise die Missionskrankenhäuser in Shrirampur und Shevgaon den laufenden Krankenhausbetrieb selbst finanzieren konnten.

Die Finanzierung der Hospitäler sowohl bei der Deckung von Finanzierungslücken des laufenden Betriebes als auch die Übernahme von Investitionskosten erfolgte durch ausländische Spenden. Ein Problem des Prozesses der Indisierung war nun, dass das indische Personal auf die ausländische Finanzierung baute und es Rückzugspläne europäischer Geldgeber aus den Projekten nicht in Betracht zog. Dies soll durch einen Auszug aus einem Bericht über ein Gespräch mit einem führenden indischen Arzt in Chetpet 1983 belegt werden:

„In den Gesprächen zwischen Dr. F. und Dr. S. hat sich jedoch herausgestellt, daß Dr. S. überhaupt keine genauen Vorstellungen hat, woher Geld kommt. Für ihn ist DAHW und MI eine unerschöpfliche Quelle, von der einfach Geld kommt. Dr. S. hat sich noch nie darüber Gedanken gemacht, daß diese Gelder aus kleinen Spenden oft nicht reicher Christen und hilfswilligen Menschen kommen. Die Vorstellung, daß Chetput sich eines Tages, vor allen Dingen im medizinischen, chirurgischen Sektor unabhängig machen muß, auch medikamentös, ist ihm auch völlig fremd. Natürlich wird Lepra und Sozialarbeit immer Unterstützung brauchen. Aber die beiden Hospitäler Shrirampur und Shevgaon sind im medizinischen Sektor absolut unabhängig.“³⁸²

Auch im Bereich der Krankenpflege und als allerletzter Schritt im Bereich der Hospitalleitung wurde die Übergabe in indische Hände vorangetrieben. Angestrebt wurde im Jahr 1974 für Shrirampur beispielsweise eine Verdopplung der Zahl der indischen Kranken-

³⁸¹ Gerade die finanzielle Belastung durch das Leprazentrum wurde in den 1960er Jahren von Seiten des MI kritisch gesehen und man dachte schon damals darüber nach, das Projekt wieder abzugeben. Vgl. Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe DAHW. Brief von P. Direktor Urban Rapp an das DAHW vom 10.12.65. Auszug: „Für das Missionsärztliche Institut ergibt sich die dringende Frage, was in Zukunft mit dem Leprosenzentrum geschehen soll. Bereits mein Vorgänger, P. Eugen Prucker, trug sich mit dem Gedanken, sobald wie möglich das Leprazentrum aus der Verantwortung durch das Institut abzugeben, entweder – was mir am liebsten wäre – an das Deutsche Aussätzigen-Hilfswerk Würzburg oder aber direkt an die indische Regierung. Unsererseits ist es ganz unmöglich, die bei einem Leprazentrum immer vorhandene defizitäre Lage zu tragen.“

³⁸² Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Anlage zu einem Schreiben an Frau Dr. Aschhoff vom 06.10.83, S.2.

schwestern, was vor allem auch durch eine Aufstockung der Krankenpflegeschülerinnenzahl auf 70 erreicht werden sollte. Wie bei der Übergabe der ärztlichen Aufgaben an indische Kräfte, sollte auch im Bereich der Pflege der indische Anteil erhöht werden mit dem Ziel, in allen Bereichen Aufgaben zu übergeben.³⁸³ Dabei baute man auf die eigenen Ausbildungsstätten für Krankenschwestern wie in Shrirampur oder auf die Ausbildung von Hilfskrankenschwestern wie in Einrichtungen Afrikas. Bezüglich der Übergabe von Leitungsfunktionen wurden die Krankenhäuser in Chetpet und Shevgaon 1994 in die Verantwortung indischer Schwestern der GMH überführt und das Krankenhaus in Shrirampur wurde 1989 an eine indische Ordensgemeinschaft übergeben.

b) Afrikanisierung

Der Historiker Hardiman beleuchtet in seinem Aufsatz „The Mission Hospital, 1880–1960“ auch die Teilnahme afrikanischen Personals in den Missionskrankenhäusern. Dabei stellt er fest, dass die Beschaffung von Personal unter der afrikanischen Bevölkerung sich als problematisch erwies.³⁸⁴

Untersucht man die Dokumente der GMH in Bezug auf eine Afrikanisierung der Projekte, lassen sich folgende Ergebnisse herausarbeiten. Eine Afrikanisierung, die vergleichbar mit der geschilderten Indisierung wäre, existiert nicht. Dies lässt sich auf strukturelle Gründe der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen zurückführen. Im Kongo arbeiteten die Schwestern eher in medizinischen Einsatzgruppen als dass sie Krankenhäuser leiteten und aufbauten, um sie dann zu afrikanisieren. Dies zeigt auch die Tatsache, dass in den Projekten der GMH im Kongo nie ein MissionsarztIn dauerhaft im Einsatz war. Eine afrikanische Gemeinschaft der GMH wie in Indien aufzubauen, gelang im Kongo nicht. Hinzu kam, dass die Schwestern der GMH den Kongo wegen der politischen Verhältnisse fluchtartig verlassen mussten, was eine geplante Übergabe der Aufgabenbereiche, die in den Gesundheitsprojekten geleistet wurden, zunichte machte. In den Regierungshospitälern wie in Poko (Kongo) oder in Rundu (Namibia), in denen die Schwestern der GMH ihre Arbeitskraft in der Krankenpflege einsetzten, lag die Verantwortung für die Umsetzung einer Afrikanisierung nicht in den Händen der GMH. Die Ba-

³⁸³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Direktor P. Urban Rapp an Misereor vom 25.06.74.

³⁸⁴ Hardiman, D.: The Mission Hospital, 1880–1960 (2009), S. 211.

sisgesundheitsdienste in Navrongo oder Tumu beispielsweise waren ohnehin zeitlich begrenzt und hatten die Übergabe von notwendigem Wissen an einheimische Gesundheitshelfer zum Zweck. Rhodesien/Zimbabwe verließen die Schwestern der GMH im Zuge der politischen Wirren in den 1970er Jahren, also zu einem Zeitpunkt, als der Gedanke des Einsatzes qualifizierter einheimischer Kräfte, wie er sich im Prozess der Indisierung vollzog, erst in den Anfängen begriffen war.

Betrachtet man die zwei Krankenhäuser Afrikas, in denen Schwestern der GMH Leitungsfunktionen übernahmen und die von der GMH betreut wurden, so sind dies das St. Martin de Porres Hospital in Eikwe (Ghana) und das Sacred Heart Hospital in Nyangana (Namibia). Dass in Namibia eine Afrikanisierung vergleichbar der angesprochenen Indisierung nicht stattfand, belegt die Tatsache, dass bis zur Übergabe des Krankenhauses Sacred Heart Hospital Nyangana an holländische Gesundheitsfachkräfte MissionsärztInnen des MI dort tätig waren und die GMH die Krankenpflege übernahm. Es wurden dort aber auch afrikanische Krankenschwestern und v.a. Hilfskräfte eingesetzt. Gründe dürften wohl darin liegen, dass eigenes Krankenpflegepersonal aufgrund der Vorgaben und Anforderungen der südafrikanischen Regierung nicht heranzubilden war. Eine Afrikanisierung eines ganzen Krankenhauses innerhalb der Gesundheitsvorsorgung des Apartheidregimes aus Südafrika dürfte wohl nicht realistisch gewesen sein.

In diesem Zusammenhang ist auf Digbys „Diversity and Division in Medicine. Health care in South Africa from the 1800s“ hinzuweisen. Darin beschreibt sie, dass seit 1959 in einer Politik der unterschiedlichen Entwicklungen, der sogenannten „grand apartheid“, auch im Gesundheitswesen unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen für Afrikaner und europäisch stämmige Südafrikaner unterhalten wurden. Es existierten nach Rassen getrennte Blutbanken und Krankenwagen. Eindrückliches Beispiel Digbys für die dortige Situation ist die Tatsache, dass es Berichte von Rettungswägen gibt, welche die Aufnahme eines schwarzen Verletzten verweigerten, wenn sich trotz eines freien Platzes bereits ein weißer Patient darin befand.³⁸⁵

Verschiedene Gesetze schränkten die Freiheiten der schwarzen südafrikanischen Bevölkerung ein. Der Urban Areas Act von 1952 definierte beispielsweise den Personenkreis, dem es gestattet war, in Städten zu leben und zu arbeiten. Die Mobilität und die

³⁸⁵ Digby, A.: Diversity and Division in Medicine (2006), S. 419.

Möglichkeit, halb- und vollqualifizierte Tätigkeiten auszuüben, wurden für die schwarze Bevölkerung durch das vorhin erwähnte Gesetz begrenzt. Im Rahmen des Bantu Education Act von 1953 wurden Missionsschulen verstaatlicht und der Zugang der schwarzen Bevölkerung Südafrikas zu Bildung limitiert.³⁸⁶

Generell ist die Quellenlage dazu aus Nyangana aber schlecht. Dass ebenso in Eikwe keine Afrikanisierung vergleichbar der Indisierung stattfand, lässt sich aus der Tatsache ableiten, dass auch nach 1994 das Krankenhaus von Schwestern der GMH im ärztlichen und krankenschwesterlichen Bereich geführt wurde und dort kontinuierlich MissionsärztInnen des MI im Einsatz waren. Dass es schwierig war, einheimische Ärzte für das Krankenhaus in Eikwe zu gewinnen, geht aber aus der Korrespondenz hervor. Als Beleg sei ein Auszug aus einem Brief von 1971 angeführt: „Wie können wir in Eikwe einen Arzt einstellen, wenn das Arztgehalt etwa NE 600. – monatlich beträgt. Das Hospital hat Schulden, die Ärzte verlangen zu viel Geld, wir können das niemals bezahlen.“³⁸⁷ Die Quellenlage ist aber auch hier schlecht.

In der Krankenpflege und nicht medizinischen Berufen u.a. auch in der Verwaltung wurden Afrikaner im St. Martin de Porres Hospital eingesetzt. Aus der schlechteren Quellenlage lässt sich schließen, dass eine Afrikanisierung im in der Dissertation behandelten Zeitraum nicht in dem Maße realisiert wurde, dass sie eine umfangreiche Korrespondenz erzeugt hätte, wie dies beim Prozess der Indisierung geschah.

Um die Erkenntnisse dieses Abschnitts zusammenzufassen, lässt sich folgendes festhalten. Der Prozess der Indisierung der von der GMH betreuten Projekte vollzog sich in Etappen beginnend in den 1970er Jahren. Hilfskräfte in der Krankenpflege und in nicht medizinischen Berufen wurden von der Gründung der Missionshospitäler an eingesetzt. Unter dem qualifizierten medizinischen Personal begann die Indisierung zuerst unter der Ärzteschaft, die in den indischen Einrichtungen schon Ende der 1970er Jahre vollständig abgeschlossen war. Die Krankenpflege und das Laborpersonal folgten, wobei sich gerade in Shrirampur das indische Personal aus der eigenen Ausbildungsstätte rekrutierte. Abgeschlossen wurde der Prozess der Indisierung durch die Übergabe der Leitung der Hospitäler in indische Hände. Dem Handlungsmuster lagen folgende Denkmus-

³⁸⁶ Digby, A.: Diversity and Division in Medicine (2006), S. 420.

³⁸⁷ Archivbox GMH 1 Sr. Thea Gorsler. Brief von Sr. Thea Gorsler an den P. Direktor des MI Urban Rapp vom 10.01.71, S. 2.

ter zugrunde. Mit der Neudefinition des Entwicklungsbegriffs fand eine Abkehr von der eurozentrischen Handlungsweise statt, was die Hilfsorganisationen wie Misereor einforderten und seinen Ausdruck in der Indisierung der Projekte fand. Dies war mit der Vorstellung verbunden, die Projekte schrittweise ganz in indische Verantwortung zu geben und personelle wie finanzielle Verantwortung zeitlich zu begrenzen. Im Bereich des Einsatzes von Missionsärzten war der Erkenntnisprozess des P. Direktor des MI entscheidend, dass der Einsatz ausländischer Gesundheitskräfte vermieden werden musste, wenn es in den Ländern der Missionshospitäler ausreichend qualifiziertes einheimisches Personal gab. Verstärkt und beschleunigt wurde der Prozess der Indisierung sowohl durch den Ausfall europäischer Gesundheitsfachkräfte und die Notwendigkeit, diese zu ersetzen, als auch durch sich verändernde Rahmenbedingungen von staatlicher indischer Seite, die einen Einsatz ausländischer Kräfte eindämmten. Ein vergleichbarer Prozess der Afrikanisierung der von der GMH betreuten Projekte lässt sich bei der Analyse der Quellen nicht feststellen.

10. Das Missionshospital als Ort des Wissensaustausches und der Ausbildung

David Arnold hob schon 1988 in seiner Einleitung zum von ihm herausgegebenen kolonialmedizinischen Klassiker „Imperial Medicine and Indigenous Societies“ die Rolle einheimischer Akteure bei der Etablierung westlicher Medizin in Kolonialgebieten hervor.³⁸⁸ Die Rolle der Einheimischen beschränkte sich in der Kolonialmedizin laut Arnold zunächst auf Hilfstätigkeiten und niedrige Arbeiten. Arnold stellt aber ferner fest, dass aufgrund politischen Drucks oder der bloßen Notwendigkeit eine Afrikanisierung bzw. Indisierung des medizinischen Personals einsetzte. Dies erleichterte die Akzeptanz westlicher Medizin innerhalb der einheimischen Gesellschaften.³⁸⁹ Terence Ranger argumentiert in seiner Analyse der Universities' Mission to Central Africa (UMCA) im heute tansanischen Masasi, dass der Einsatz und die Ausbildung einheimischer medizinischer Kräfte zur Modernisierung beitrugen.³⁹⁰ Wall wiederum stellt heraus, dass katholische Ordensgemeinschaften durch ihre mit der missionarischen Tätigkeit verbundenen Tätig-

³⁸⁸ Nach Kumwenda, L. B.: African Medical Personnel of the Universities' Mission to Central Africa in Northern Rhodesia (2006), S. 194.

³⁸⁹ Arnold, D.: Introduction: disease, medicine and empire (1988), S. 19f..

³⁹⁰ Nach Kumwenda, L. B.: African Medical Personnel of the Universities' Mission to Central Africa in Northern Rhodesia (2006), S. 194.

keitsfelder zur Verbreitung von Ideen und Praktiken im Bereich der Gesundheitsversorgung bzw. Medizin beitrugen.³⁹¹

Sweet argumentiert in ihrem Aufsatz „Mission Nursing in the South African Context: The Spread of Knowledge during the Colonial and Apartheid Periods“, dass ein Wissensaustausch in beiden Richtungen zwischen dem Missionspersonal und der einheimischen Bevölkerung stattfand und dass Missionshospitäler der Ort waren, wo der Austausch von Wissen und Fertigkeiten sich vollzog.³⁹²

Ich argumentiere in diesem Abschnitt, dass die Missionshospitäler der GMH einheimisches Personal ausbildeten und einsetzten, um eigene entwicklungs- und gesundheitspolitische Vorstellungen zu realisieren. Das einheimische Personal war dabei Bindeglied zwischen der lokalen Bevölkerung und den ausländischen Gesundheitsfachkräften bei der Implementierung westlicher Medizin oder bestimmter Konzepte der Entwicklungszusammenarbeit.

In den 1950er und 1960er Jahren stand – wie in vorigen Kapiteln aufgezeigt – der Aufbau krankenhauszentrierter medizinischer Strukturen mit europäischem Personal im Sinne der Modernisierungstheorie auf der Agenda der europäischen Gesundheitsfachkräfte.

An einheimischem Personal wurden in den 1950er Jahren in überwiegender Zahl Hilfskräfte für z.B. Wäschewaschen und Reinigung eingestellt. Das Personal rekrutierte sich aus unteren Gesellschaftsschichten der Bevölkerung. In Shrirampur beispielsweise war dies die unterste Kaste der Maharats. Man setzte einheimisches Personal ein, um es den Krankenschwestern zu ermöglichen, ihre Zeit gänzlich auf die Krankenpflege zu verwenden.³⁹³ Diese Personalzusammensetzung belegt das eurozentrisch hierarchisch organisierte Handlungsprinzip. Die Aufstockung der Schwesternschaft und die Gewinnung zusätzlicher MissionsärztInnen gestalteten sich schwierig, da diese entweder vom MI für andere Projekte benötigt wurden, noch in der Ausbildung waren oder aber familiäre und gesundheitliche Gründe einen Einsatz verhinderten.³⁹⁴ Der Einsatz einheimischer Krankenpflegekräfte wurde zu diesem Zeitpunkt nicht angestrebt und war darüber hin-

³⁹¹ Wall, B. M.: *Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980* (2013), S. 92.

³⁹² Sweet, H.: *Mission Nursing in the South African Context: The Spread of Knowledge during the Colonial and Apartheid Periods* (2013), S. 155.

³⁹³ Archivbox B2 Betz Korte. Brief von P. Prucker vom 25.05.53.

³⁹⁴ Archivbox B2 Betz Korte. Brief von P. Prucker vom 13.01.53 und Brief von P. Prucker vom 14.04.53.

aus aus finanziellen Gründen auch nicht machbar, da die Missionskrankenhäuser erst gebaut und konsolidiert werden mussten. Wohngebäude, Operations- und Behandlungsräume waren im Bau befindlich und die finanziellen Mittel begrenzt. Strom und sauberes Wasser wie auch sanitäre Anlagen fehlten, und die dafür notwendigen Maßnahmen mussten erst durchgeführt werden. Das Personal war aufgrund der geringen Zahl an Schwestern und ÄrztInnen und der mit der Zunahme der Bettenzahl stetig anwachsenden Arbeit mehr und mehr überlastet. Die Überlastung des Pflegepersonals gab aber schon 1954 Anlass dazu, nach indischen Krankenschwestern Ausschau zu halten, wie das Beispiel Shrirampur zeigt.³⁹⁵ Der mit der steigenden Patientenzahl verbundene erhöhte Personalbedarf, verschärft durch krankheitsbedingte Ausfälle von Schwestern der GMH, veranlasste das Missionshospital Shrirampur z.B. 1955, indische Mädchen zu Krankenschwestern ausbilden zu wollen. Es war zu diesem Zeitpunkt unklar, wie diese indischen Krankenschwestern in Bezug auf das Institut integriert werden könnten, wie deren Ausbildung zu Krankenschwestern gestaltet werden sollte und wie diese anerkannte Examina ablegen konnten, zumal das Missionshospital über keine Krankenpflegeschule mit staatlicher Genehmigung verfügte. Um den Aufbau und Betrieb moderner Krankenhausstrukturen – dies war das entwicklungs- und gesundheitspolitische Ziel der 1950er und 1960er Jahre – zu erreichen, vollzog sich ein Prozess des Umdenkens, bewusst die einheimischen Personalressourcen zur Realisierung der Modernisierung auch im Bereich der Krankenpflege und der Ärzteschaft zu nutzen.

Die Notwendigkeit zur eigenständigen Ausbildung von Krankenschwestern ergab sich auch aus der Tatsache, dass es schwierig war, andernorts ausgebildete Krankenschwestern für ein Krankenhaus im ländlichen Raum zu gewinnen, da es diese, wenn sie ihre Ausbildung beendet hatten, eher in die Gesundheitseinrichtungen der Städte zog. Diese Situation belegt beispielhaft der Auszug aus einem Brief von 1957:

„Due to the increase of the number of patients the nursing staff was really overworked, especially since the time Sr. Franciska fell sick. [...] After careful examination here and in Ahmednagar it was decided to send her home. To relieve the pressure on the nursing staff we tried to get nurses here. With great difficulties we managed to get two. They are fully trained and work very well. They are a great help. But there is always the uncertai-

³⁹⁵ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 19.09.54.

nity about there staying on here. And even with them here the staff is still not adequate and all, the two nurses from here included, are overburdened with work. [...] We have made further attempts to get nurses here, but were not successful. You know from your own experience, when you were in India, how difficult it is to get nurses for the rural districts. You had tried to get some in South India. Several promised to come and you had even paid one the journey to come here. But none has come.”³⁹⁶

Verstärkt wurde das Problem der Personalnot dadurch, dass indisches Pflegepersonal, war es einmal für ein Missionshospital wie Shrirampur gewonnen, dieses eher als Übergangslösung betrachtete und deshalb die Fluktuation der indischen Krankenschwestern nicht gering war. So schrieb Frau Dr. Schlesiger 1958:

„Der Personalmangel ist durch Weggang von 2 o. 3 indischen nurses wieder sehr fühlbar und behindert natürlich auch den Arzt sehr in der Arbeit. So wie ich die Situation sehe, sollte man auf den Aufbau einer Krankenpflegeschule hinarbeiten, sonst wird es nie besser mit dem Personalmangel, selbst wenn es gelingen sollte, noch eine Schwester hereinzubekommen.“³⁹⁷

Die Erkenntnis, einheimische Kräfte für die Umsetzung der eigenen Gesundheitspläne heranzuziehen, hatte sich dann Anfang der 1960er Jahre in allen Ebenen festgesetzt. Dass damals die Ausbildung einheimischer Kräfte im Krankenhaus Sargodha in den Fokus gerückt wurde, belegen die Dokumente. So heißt es in einem Antrag an Misereor aus dem Jahr 1961:

„Das Hauptanliegen des Hospitals besteht darin, nicht nur Krankheiten zu bekämpfen, sondern einen einheimischen pflegerischen Stab auszubilden. Das zu erstellende Personalgebäude soll deshalb nicht nur Räume für Ärztin und Schwestern vorsehen, sondern auch etwa 25 Plätze für pakistanische Schwesternschülerinnen umfassen.“³⁹⁸

Dieser Prozess der Ausbildung einheimischer Kräfte wurde von Misereor unterstützt und forciert. So heißt es 1959 in einem Brief:

„Das Bischöfliche Werk legt besonderen Wert darauf, daß sobald als möglich an das Krankenhaus eine Schule zur Heranbildung einheimischer Krankenschwestern ange-

³⁹⁶ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine an Frater Direktor vom 01.12.57.

³⁹⁷ Archivbox K6 Kuhn geb. Schlesiger. Brief von Frau Dr. Schlesiger an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 05.07.58.

³⁹⁸ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7a Sargodha Fatima Hospital. Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom 03.07.61, S.4.

gliedert wird. Das Bischöfliche Werk bittet deshalb, sobald das Krankenhaus hinreichend arbeitsfähig ist, die Planung dieser Schwesternschule in Angriff zu nehmen.“³⁹⁹

So begann man in Chetpet beispielsweise im Jahr 1964, für das Leprazentrum Paramedical workers in einem sechsmonatigen Kurs für die Lepraarbeit auszubilden. Dafür wurde das Zentrum vom State Leprosy Officer des Staates Madras, in dessen staatliches Lepraprogramm das Zentrum eingebunden war, anerkannt und bevollmächtigt. Wichtig waren die Paramedical workers zum einen, um die dauerhafte Betreuung⁴⁰⁰ der Leprösen zu gewährleisten, und zum anderen waren sie unabdingbar für die Arbeit der ausländischen Gesundheitsfachkräfte, da diese kein Tamil konnten und deshalb Übersetzer benötigten.⁴⁰¹ Die besondere Rolle der Einheimischen zeigt sich dabei darin, dass sie die Kultur und v.a. die Sprache der lokalen Bevölkerung gut kannten und in den Projekten der Schwestern der GMH als Übersetzer und somit auch als Vermittler des Wissens wirkten.

Im Jahr 1963 wurde der Plan einer eigenen Ausbildungsstätte für Krankenschwestern des Hospitals Shrirampur realisiert, was nur nach Genehmigung durch den indischen Staat möglich war. Das Lehrpersonal stellte die GMH. Sr. Gisela Günther nahm in Delhi an der Fortbildung zum sogenannten Nursing Tutors Training teil und gewährleistete mit der erlangten Lehrerlaubnis einen Teil der Anerkennungsbedingungen für eine Krankenpflegeschule. Die zweite Bedingung, nämlich der Betrieb eines 120 Bettenkrankenhauses, war bereits erfüllt, und so wurde im Jahr 1963 der erste Kurs abgehalten.⁴⁰² Für den Staat war die Tatsache entscheidend, dass die Zahl der in Indien ausgebildeten Krankenschwestern unter dem Bedarf lag und dass es gerade in ländlichen Regionen schwierig war, Krankenschwestern zur Tätigkeit in Krankenhäusern zu motivieren. Hinzu

³⁹⁹ Projekt 7 Sargodha. Mappe 7b Sargodha Fatima Hospital. Seite 2 der Anlage zum Schreiben vom 30.12.59, Projekt 320-4/1.

⁴⁰⁰ Die medizinische Betreuung wird wie folgt beschrieben. Vgl. Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 3. Auszug: „Über jeden Patienten wird genau Kartei geführt, über klinischen Befund, Laborbefunde, Behandlung und Verlauf. Die Routinebehandlung wird mit DDS durchgeführt, das in Tabletten zu 10, 50 und 100 mg im Handel ist. Die Patienten bekommen ihre Tabletten für 4 Wochen mit nach Haus und werden genau unterrichtet, wie sie sie zu nehmen haben. Eines der grössten Probleme ist, sie zum regelmäßigen Kommen zu erziehen, und auch da spielen unsere Helfer wieder eine äusserst wichtige Rolle. Sie suchen die Patienten, wenn notwendig, in den Häusern auf.“

⁴⁰¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals. S.2, 4; Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 3.

⁴⁰² Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Sr. Christine Ott. short report about the work in St. Luke's hospital und Bericht St. Luke's Hospital Shrirampur.

kam, dass im gesamten Ahmednagardistrikt nur zwei Krankenpflegeschulen existierten, eine staatliche und eine der Heilsarmee.⁴⁰³

Mit der Gründung einer Krankenpflegeschule wurde die Weitergabe medizinisch-krankenpflegerischem Wissens an die einheimische Bevölkerung systematisiert und institutionalisiert. Die Aufnahme des Ausbildungsbetriebes bot nämlich neben der Lösung von Personalproblemen des Hospitals auch die Möglichkeit, Wissen und Kenntnisse aus dem Gesundheitswesen an die einheimische Bevölkerung selbst weiterzugeben, indem ein Ort der Ausbildung geschaffen wurde. Gleichzeitig bedeutete die Errichtung einer Krankenpflegeschule aber auch eine zusätzliche finanzielle Belastung für das Missionskrankenhaus selbst. Es mussten Wohnraum für 60 Krankenpflegeschülerinnen geschaffen und Unterrichtsräume errichtet werden, weil die staatlich festgesetzte Mindestanzahl von 20 Schülerinnen pro Kurs betrug und die Ausbildung in General Nursing eine Dauer von 3 Jahren beinhaltete.⁴⁰⁴ Der Hauptgrund der Gründung einer Krankenpflegeschule bestand aber immer noch darin, die personelle Grundlage für den Betrieb eines modernen Krankenhauses nach westlichem Vorbild sicherzustellen.

Mit dem Wandel der entwicklungs- und gesundheitspolitischen Konzepte zu Beginn der 1970er Jahre, zeigte sich, dass sich gerade die Ausbildungsstätten, die im Sinne der Modernisierungstheorie für die Missionshospitäler gegründet worden waren, hervorragend in die neuen Konzepte integrieren und umdeuten ließen. So waren die Ausbildungsstätten ein wichtiger Bestandteil bei der Indisierung der Projekte. Auch erkannte man ihre Bedeutung in sozioökonomischer Hinsicht für die Bevölkerung, da sie durch Bildung die Chance auf soziale Mobilität aus ärmlichen Verhältnissen in ländlichen Regionen boten. Meist resultierten daraus auch verbesserte Entwicklungschancen für die ganze Familie, da die Krankenschwestern nach abgeschlossener Ausbildung finanziell in die Lage versetzt waren, die Familie materiell zu unterstützen und die Schulbildung jüngerer Geschwister abzusichern. Die Ausbildung zur Krankenschwester war für die indischen Frauen zudem eine Möglichkeit, ihre Position, die traditionell im ländlichen

⁴⁰³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt: Antrag auf Beihilfe aus dem Jahr 1963.

⁴⁰⁴ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Bericht St. Luke's Shrirampur; Projekt Shrirampur 3b, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt: Antrag auf Gewährung einer Beihilfe aus dem Jahr 1963.

Indien davon geprägt war, dem Mann untergeordnet zu sein, in Dorfgemeinschaft und Gesellschaft zu stärken.⁴⁰⁵

Als vorteilhaft, gerade im Hinblick auf den Ausbau der Maßnahmen im Bereich der Prävention, erwies sich ebenso die eigene Krankenpflegeschule, in der Personal gezielt auf die Aufgaben in einem community health programme vorbereitet werden konnte. Über die Krankenpflegeschule konnte zusätzliches Personal, das für solche Maßnahmen notwendig war, leichter beschafft werden. So lässt sich in den Unterlagen neben dem Begriff der sogenannten Tutor nurse, die den Unterricht im Rahmen der Allgemeinen Krankenpflegeausbildung seit Gründung der Krankenpflegeschule übernahm, nun auch der Begriff einer Public health nurse finden, welche die Krankenpflegeschülerinnen in diesem Bereich schulen sollte.⁴⁰⁶ Dies ist ein Beleg für die Umdeutung und Umgestaltung bestehender Strukturen gemäß der neuen entwicklungs- und gesundheitspolitischen Konzepte der Hilfsorganisationen.

Diese Umdeutung findet sich auch beim Nityaseva Hospital. Das Konzept medizinischer Hilfe, das man Anfang der siebziger bei der Neugründung des Nityasevahospitals zugrunde legte, bestand aus zwei Säulen: nämlich Medizin als soziale Wohltat durch die Dienstleistungen eines Krankenhausbetriebes an die Menschen zu bringen kombiniert mit präventiv-medizinischen Maßnahmen, durchgeführt in den Außenstationen. Das zweite Arbeitsfeld sollte in der Ausbildung medizinischer Berufe liegen, um den eigenen Krankenhausbetrieb zu ermöglichen und den entwicklungspolitischen Forderungen der Geldgeber gerecht zu werden.⁴⁰⁷ So wurden die Krankenschwestern, die in der staatlich anerkannten Krankenpflegeschule des St. Luke's Hospital ausgebildet wurden, zur praktischen Ausbildung in Community health nach Shevgaon geschickt.⁴⁰⁸ Hierzu zählte auch die Ausbildung so genannter village health workers⁴⁰⁹, die ein wichtiger Baustein

⁴⁰⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 11.09.74.

⁴⁰⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Undatierter Bauplan mit Raumverwendungsbezeichnung. Verfasser unbekannt.

⁴⁰⁷ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 08.01.76. Auszug: „Im Hospital geht's allgemein recht zufriedenstellend. Allerdings, gut ausgebildetes Personal ist zeitweilig eine Sorge. Doch das wird so bleiben bis wir einheimische d.h., mehr lokale Kraefte entsprechend geschult haben. Das ist in unserem taeglichen Bestreben, doch das braucht einige Zeit.“

⁴⁰⁸ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Brief von Sr. Caecilie Geißler an Misereor vom 17.04.89.

⁴⁰⁹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84.

bei der Gesundheitserziehung der Bevölkerung war. So heißt es im Memorandum of Association des Nityaseva Hospital:

„The object of the society is to manage Nityaseva Hospital, Shevgaon or and any other Hospital, dispensary, nursing-home, school for training nursing staff or medical technicians, as well as institutions for the training of members of the society.“⁴¹⁰

Um die Akzeptanz der health workers in der Bevölkerung zu erhöhen, wurden diese von der Dorfgemeinschaft selbst bestimmt. In den Schulungen ging es darum, Grundkenntnisse über Hygiene, richtige Ernährungsweisen insbesondere für Kinder und Schwangere, Durchführung von Hausgeburten und die Notwendigkeit von Krankenhausgeburten in bestimmten Fällen, Familienplanung, Prävention von Mangel- und Infektionskrankheiten, Erste Hilfe etc. zu vermitteln.⁴¹¹ Die Hauptaufgabe der village health workers lag in der Motivierung der Bevölkerung, Gesundheit als ein wichtiges Gut anzusehen und darauf zu achten, Krankheiten früher zu erkennen. Ferner sollten sie die Bevölkerung dazu bewegen, präventiv-medizinische Angebote des Nityaseva Hospital wie Impfungen zu nutzen. Ebenso hatten die village health workers in der Dorfgemeinschaft die Funktion, Krankenhauseinweisungen zu veranlassen.⁴¹² Vorbild für Shevgaon war bei der Ausbildung von Einheimischen, im Bereich der Organisation der Ausbildung lokaler Helfer für die Basisgesundheitsdienste, die gut funktionierende Krankenpflegeschule in Shrirampur, mit der man kooperierte.

Im Großen und Ganzen hatte sich nämlich gezeigt, dass das Projekt der Krankenpflegeschule von der Gründung im Jahr 1963 an positiv von der Bevölkerung angenommen wurde. So bewarben sich jedes Jahr auf die 20 Plätze eines Kurses der dreijährigen Ausbildung um die 200 Personen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der überwie-

⁴¹⁰ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Memorandum of Association.

⁴¹¹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84.

⁴¹² Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Report of the base health service of Nityaseva Hospital 1982/84. Auszug: „Duties and responsibilities of VHW: 1. To find out AN- cases and encourage them to come to the Clinic 2. To conduct deliveries and take abnormal cases to the hospital. 3. Postnatal home visits for check-up and advice. 4. To motivate the mothers to bring their under fives for regular check-up to the MCH and for vaccination. 5. To help the team on their visit and be the contact person to the villagers. 6. Help during conduct of clinics and programmes and follow the cases up during the week, according to the given instructions, to keep the room tidy. 7. To encourage seriously ill people to the hospital in time and accompany them if such support is needed. 8. Regular house visits according to a given schedule in order to keep contact, to detect cases early, to refer those in need to the Social-worker and mainly to give advice for health. 9. To give health talks during mother and child clinic and in Mahila mandal meetings. 10. To encourage Mahila Mandal to form.“ (Mahila Mandal sind Frauengruppen, die über ihre Probleme diskutieren und sie gemeinsam lösen sollten).

gende Teil der Krankenpflegeschülerinnen christlichen Glaubens war und aus Familien von Kleinbauern und landwirtschaftlichen Arbeitern stammte. Wenngleich Rasse, Religion und Geschlecht bei der Behandlung der Patienten keine Rolle spielten, so verstand sich das St. Luke's Hospital doch als katholische Gesundheitseinrichtung und förderte und unterstützte durch die Krankenschwesternausbildung bewusst die Christen und die im Gesundheitsdienst tätigen Ordensgemeinschaften in seinem Einzugsgebiet. Im Jahr 1974 gehörten 20% der Krankenpflegeschülerinnen einer Ordensgemeinschaft an. Der weitere Werdegang der ausgebildeten Krankenschwestern war – wie aus der Korrespondenz hervorgeht – vielfältig: Etliche wurden im St. Luke's Hospital weiterbeschäftigt, die aus den Ordensgemeinschaften stammenden Schwestern kehrten in ihre Gemeinschaften zurück, andere fanden bei Privatkliniken und Regierungskrankenhäusern eine Anstellung und nur ein kleiner Teil emigrierte ins Ausland.⁴¹³

Dass die Missionshospitäler als Zentren westlicher Medizin durch einheimische Stellen betrachtet und geschätzt wurden, belegt einmal mehr das Hospital in Shrirampur. So hatte es sich schon Anfang der 1960er eine solche Reputation erworben, dass die Universität in Poona mit der Bitte an das Hospital herantrat, Medizinalpraktikanten in deren Pflichtassistentenzeit, wie es gesetzlich in der indischen Ärzteausbildung vorgesehen war, für neun Monate im Krankenhaus aufzunehmen und fortzubilden. Jeweils zwei solcher Medizinalpraktikanten – als „internees“ bezeichnet – durchliefen ihre praktische Ausbildung im St. Luke's Hospital seither in Shrirampur. Somit war im Jahr 1964 der Status eines Lehrkrankenhauses erreicht.⁴¹⁴ Ein weiterer Beweis dafür, dass man sich als Zentrum westlicher Medizin verstand, findet sich im St. Thomas Hospital und Leprazentrum in Chetpet, das eine Forschungsgruppe zur Lepra unterhielt, und somit den Anspruch hatte, auch in einer ländlichen Region als Missionskrankenhaus wissenschaftliche Forschung zu betreiben.

Die kirchlichen Krankenhäuser wie Eikwe waren auch Frühwarnsysteme für Resistenzentwicklungen bestimmter Medikamente. So wird im Jahresbericht 1986 eine zunehmende Chloroquinresistenz der Malariaerreger nach Europa gemeldet.⁴¹⁵

⁴¹³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 11.09.74.

⁴¹⁴ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 17.11.62.

⁴¹⁵ Projekt 5 Eikwe. 5 d Reports – Bau. Annual Report 1986, S. 1.

In Afrika beabsichtigte man ebenso wie in Indien Stätten der Ausbildung zu errichten. So gab es ab 1956 im Fatima Hospital in Rhodesien eine Pflegerinnenschule.⁴¹⁶ Dass man dabei von einem umfassenden Bildungsauftrag des Missionskrankenhauses überzeugt war, belegt die Korrespondenz aus dem Jahr 1965:

„Eine 2. wichtige Aufgabe ist es, junge eingeborene Mädchen in der Krankenpflege auszubilden. Ich halte das für eine sehr wichtige Aufgabe. Es macht viel Arbeit und Mühe, da das Training nach englischem System aufgebaut ist und ein hoher Standard verlangt wird. Ob sie später den Beruf ausüben oder Hausfrau und Mutter sind, überall können sie mit ihren Kenntnissen ihrem Volke dienen.“⁴¹⁷

Gleichzeitig setzte man weiter auf europäisches Personal. So wurden in den 1960er Jahren in Rhodesien der fehlende Einsatz einheimischer und die Entsendung ausländischer Kräfte mit dem Mangel an einheimischen Fachkräften und dem niedrigen Bildungsniveau der lokalen Bevölkerung begründet:

„Der Einsatz europäischer Schwestern ist hier sehr notwendig, weil hier noch kaum einheimische Krankenschwestern, die auf längere Sicht arbeiten, – Ordensschwestern – vorhanden sind, weil die Bevölkerung im Busch noch sehr primitiv ist, und „entwickelt“ werden soll, weil das Hospital ständig wächst, (im letzten Jahr über 4000 stationäre und 30 000 ambulante Kranke), weil an die Ausbildung schwarzer Krankenpflegerinnen als Hebammen in einer Hebammenschule gedacht ist.“⁴¹⁸

Ab den 1970er Jahren drängte auch in Afrika Misereor auf einen Ausbau präventiv-medizinischer Maßnahmen und eine Afrikanisierung der Projekte. In der Korrespondenz taucht in diesem Zeitraum auch das Argument auf, dass das Missionskrankenhaus als Arbeitgeber die sozioökonomischen Verhältnisse der Bevölkerung durch Erwerbsmöglichkeiten bessert:

„Um die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses zu sichern, sind die vorgesehenen Erweiterungen zur Schaffung von mehr räumlichen Möglichkeiten eine dringende Notwendigkeit. Mit der Errichtung eines angemessenen Wohnheims für afrikanische Krankenschwestern und Hebammenschülerinnen werden Voraussetzungen für eine stärkere

⁴¹⁶ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1.

⁴¹⁷ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

⁴¹⁸ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Brief von Frau Dr. Decker an Misereor vom 12.04.67, S. 2.

Afrikanisierung des Krankenhauses und damit größere Einkommensmöglichkeiten für die afrikanische Bevölkerung geschaffen.“⁴¹⁹

So wurde ab 1971 in einer Hebammenschule Hebammen im St. Paul's Hospital ausgebildet.⁴²⁰ Sowohl die Ausbildungsstätten für die lokale Bevölkerung im Fatima Hospital als auch im St. Paul's Hospital in Rhodesien wurden im Zuge der politischen Wirren der 1970er Jahre geschlossen und die Schwestern der GMH verließen das Land. Im Kongo übernahmen einige Schwestern der GMH zwischen 1985 und 1991/92 in einer Krankenpflegeschule in Dungu eine Lehrtätigkeit. Die Arbeitsgruppe in Amadi im Kongo betrieb einen Basisgesundheitsdienst, in dem einheimische Helfer nach WHO-Richtlinien geschult wurden. Ab 1974 bildete das Sacred Heart Hospital in Nyangana staatlich anerkannte Hilfskrankenschwestern, sogenannte assistant nurses, aus. Dies wurde 1984 wieder aufgegeben.⁴²¹ Wie in den meisten Projekten war das Krankenhaus in Nyangana überfüllt, und es herrschte Personalmangel. Es war schwierig einheimisches Personal zu gewinnen, und die einheimische Bevölkerung erfüllte die staatlich festgesetzten Mindestanforderungen für die Anerkennung einer Krankenpflegeausbildung bzgl. des Schulabschlusses mehrheitlich nicht, so dass sie nie über den Status von angelernten Hilfskräften hinauskommen konnten. Ein Projektbericht vermerkte:

„Bei einer Bettenanzahl von 130, mit einer Belegung zwischen 160–220 Patienten muss man feststellen, dass unser Hospital dauernd ueberbelegt ist. Der Arbeitsaufwand an Pflege ist zwar im Vergleich zu Deutschland geringer, aber trotzdem kann man sagen, dass wir sicherlich zu wenig qualifiziertes Personal haben. Weiterhin ist zu beachten, dass der ganze Betrieb groesstenteils mit Hilfskraeften abgewickelt wird, welche fuer uns leider noch keine Counterparts sein koennen. Sicherlich eines unserer wichtigsten Probleme ist: 1, Wie koennen wir unsere Mitarbeiter zur besseren Zusammenarbeit und zur Mitverantwortung aktivieren? 2, Wie koennen wir sie weiter foerdern, damit endlich einheimische Qualifizierte Kraefte unsere Aufgaben uebernehmen koennen? Die Schul-situation am Kavango ist sehr schlecht. Die wenigsten Schueler halten durch bis zur Matrik, die nun vom Nursingcouncil vorgeschrieben ist, um Vollschwester zu werden.

⁴¹⁹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Neuantrag Erweiterung des Krankenhauses auf der St. Paul's Mission in Lupane vom 19.04.71, S. 3.

⁴²⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Bericht von Dr. J. F. Davis-Ziegler vom 16.01.81, S. 1f..

⁴²¹ Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Rundbrief von Sr. Margret Eschhaus vom 12.11.85, S. 2.

Die Examina, die am Kavango abgelegt werden, werden in den hoeheren Schulen des Innenlandes häufig nicht akzeptiert, weil das Schulniveau so tief ist. So ist fuer uns leider weiterhin die Konsequenz, so gut wie moeglich mit den vorhandenen Hilfskraeften zu arbeiten, sie zu foerdern, und auf lange Sicht gesehen zu hoffen, dass die Situation sich aendern wird.“⁴²²

Seit 1971 ermöglichte das Hospital in Eikwe Einheimischen eine Ausbildung als Krankenpfleger, Hebamme oder Laborassistent, indem es diese auf andere Missionsstationen und die Universität von Korlebu schickte. Seit 1982 wurden im Krankenhaus sogenannte Wardassistenten ausgebildet.⁴²³

Abschließend lässt sich zusammenfassend als Schlussfolgerung formulieren, dass die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen alle die Absicht hatten, Ausbildungsstätten für die einheimische Bevölkerung zu schaffen. Dabei wurde Wissen der westlichen Medizin und Krankenpflege vermittelt. Die Realisierung reichte von institutionalisierten Einrichtungen mit systematischer Wissensvermittlung wie der staatlich anerkannten Krankenpflegeschule, über die Ausbildung von Hilfskräften in und für die Hospitäler bis zur individuell organisierten Schulung von Einheimischen für die Basisgesundheitsdienste. Dabei diente die Schaffung von Ausbildungsstätten der Verwirklichung der vorgegebenen entwicklungs- und gesundheitspolitischen Konzepte der jeweiligen Zeit. In den 1950er und 1960er Jahren wurden die Ausbildungsstätten im Kontext der krankenhauszentrierten Gesundheitsversorgung im Sinne von Modernisierung interpretiert. In den 1970er Jahren findet eine Umdeutung ihrer Rolle und Bedeutung statt. Sie wurden für den Aufbau von Primary health care, Community health care und Präventivmedizin genutzt. Ausbildung im Gesundheitsbereich sollte einen Beitrag beim sozioökonomischen Wandel der Region leisten. Unabhängig von dem jeweiligen entwicklungs- und gesundheitspolitischen Konzept verstand man die Ausbildungsstätten innerhalb der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen als Zentren westlicher Medizin und Krankenpflege.

⁴²² Projekt 1. Mappe Namibia Nyangana. Projektbericht, S. 2.

⁴²³ Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. The History of the hospital vom 04.11.84, S. 2.

11. Die Preispolitik des Missionskrankenhauses und ihre Auswirkungen

Die Preispolitik des Gesundheitsangebots der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen war eine von Hilfsorganisationen subventionierte. Gleichzeitig waren die gewährten Mittel für Investitions- und Betriebskosten meist zu knapp kalkuliert, so dass die Einrichtungen unter chronischer Geldknappheit litten. In diesem Abschnitt möchte ich zeigen, dass man die Preispolitik nach karitativen und sozialen Kriterien ausrichtete und dass ein Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Handeln im Sinne der Caritas das Denken der Gesundheitsfachkräfte vor Ort bestimmte. Bezüglich des Patientenstamms richtete man sich auf die arme Bevölkerungsschicht aus. Dies geschah, weil dort aus Beweggründen der Caritas die größte Notwendigkeit auf medizinische Hilfe bestand. Eine große Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen einschließlich der Medikamente wurde den Menschen kostenlos zur Verfügung gestellt, da die Bevölkerung aufgrund der ökonomischen Verhältnisse nicht in der Lage war, für die Behandlung zu bezahlen oder auch nur einen finanziellen Beitrag zu leisten. Defizite im Krankenhausbudget wurden vom MI und kleineren Spenden ausgeglichen. Dies zeigt sich beispielsweise beim Missionskrankenhaus St. Jude's Hospital in Jhansi.⁴²⁴ Im Fall der Neuanschaffung von Geräten wandte man sich hauptsächlich an Misereor.

Die Verteilung der Medikamente im Projekt Amadi beispielsweise ruhte auf zwei Säulen, nämlich zum einen auf der Verteilung von kostengünstigen bzw. -losen Medikamenten aus Spenden, und zum anderen wurden mit den Einnahmen aus den Medikamenten, die die Patienten in den Dispensaries zu bezahlen hatten, wieder neue erworben.⁴²⁵ Die Behandlung der Armen verursachte Kosten, die durch Einnahmen von Privatpatienten nicht gedeckt werden konnten. So war z.B. das Hospital Shrirampur auf die finanzielle Unterstützung der Jesuiten angewiesen.⁴²⁶ Die finanzielle Situation war von Beginn der Projekte an angespannt und stellte das Gesundheitspersonal vor innere Konflikte. Es sah sich häufig gezwungen, zwischen christlichem Dienst am Nächsten und ökonomi-

⁴²⁴ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Sr. Elisabeth Mihalovits an die Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe vom 26.10.67.

⁴²⁵ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte 92/2+3. 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire von Sr. Maria Bextermöller GMH, S. 1–4.

⁴²⁶ Archivbox B2 Betz-Korte. Tätigkeitsbericht für den 01.07.52–31.12.52.

schen Notwendigkeiten abzuwägen.⁴²⁷ Dies sei beispielhaft anhand eines Auszugs eines Briefes von Sr. Christine Ott aus Shrirampur belegt:

„Denn wir sehen immer wieder, dass eine wirkliche Missionsarbeit nur geleistet werden kann, wenn jeder sein ganzes Ja und seinen vollen Einsatz und Opferbereitschaft dem Herrn gibt. Der Reiz des Neuen ist schnell vorbei, und die Abwechslungen und Freuden und Freunde in der Heimat fehlen. Da kann man im Alltag nur bestehen, wenn man wirklich die Kraft immer wieder beim Herrn holen kann. Auch bei uns tauchen so viele Schwierigkeiten auf. Es ist so schwer immer den rechten Weg zu finden, zwischen Helfenwollen und Geldverdienen müssen. Da sind diese armen, verlumpten und kranken Menschen die Medizin wollen und sie auch nötig haben, aber kein Geld haben, um auch nur geringe Preise zu zahlen. Aber auf der anderen Seite ist die andere Tatsache: wie sollen wir ein Krankenhaus aufbauen und unterhalten können ohne Einnahmen zu haben?“⁴²⁸

Um indische Ärzte für die Hospitäler z.B. in Shevgaon gewinnen zu können und den Nachteil der ländlichen Abgelegenheit auszugleichen, war man darauf angewiesen, in Bezug auf das Gehalt im Vergleich mit anderen privaten und staatlichen Häusern nicht allzu niedrig zu bleiben. Steigende Arztkosten bei langsamer steigenden Einnahmen stellten deswegen ein Finanzierungsproblem für das Krankenhaus dar.⁴²⁹

Hinzu kam, dass die Kosten zur Umsetzung westlicher medizinischer Standards diejenigen überstiegen, die in Deutschland dafür nötig waren. Dies ergab sich aus der Tatsache, dass die dafür notwendigen Gegenstände und Materialien importiert werden mussten. So heißt es beispielsweise in einem Brief aus Eikwe 1976:

„Die Preise liegen, wie beiliegende Basic Price-list zeigt, erheblich über dem europäischen Durchschnitt. Es ist bei dieser Frage daraufhinzuweisen, daß der Transport von

⁴²⁷ Archivbox B2 Betz-Korte. Brief aus Rahata vom 14.12.52.

⁴²⁸ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an FrI. Schaper vom 10.12.52.

⁴²⁹ Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 15.11.78. Auszug: „Doch am 1. Nov. kam via Dr. Pinge ein junger Chirurg zur Vertretung. Da er sich in kurzer Zeit als ausserordentlich guter Chirurg erwies und einfach und sehr angenehm im Umgang, haben wir ihn gebeten die Stelle bei uns anzunehmen. Seine gehaltlichen Ansprüche allerdings sind mehr (2 200.—zunaechst und evtl. mehr im Jan.). Sr. Christine hatte ihre Bedenken, doch wir muessen allgemein mit den Loehnen im Januar hinaufgehen, da das Government schon im August betraechtlich erhoeht hat. Das halt Shevgaon der Platz selber niemals mit Shrirampur sich messen kann, so muessen wir wohl oder uebel eine Art Attraktion im Gehalt bieten.“

Baumaterialien bei den katastrophalen Straßenverhältnissen zusätzlich die Erhöhung der Preise bedingt.“⁴³⁰

In manchen Projekten wie Sargodha und Eikwe war ferner die Auslastung des Krankenhauses nicht immer gegeben. So war die Auslastung der Kapazitäten laut eines Berichts im St. Martin de Porres Hospital Eikwe nicht immer der Fall, was v.a. darauf zurückzuführen war, dass das Krankenhaus 4 Jahre lang über keinen Arzt verfügte. Die Löhne für die Hilfskräfte wurden durch die ghanaische Regierung festgesetzt. Die im Verhältnis zu den hohen Ausgaben des Hospitals niedrigen Einnahmen führten zu Defiziten, die durch Misereor ausgeglichen werden mussten.⁴³¹ Der Mangel bzw. das zeitweise Fehlen ärztlichen Personals erwies sich für die Entwicklung und den Bestand der betroffenen Missionshospitäler als schwere Hypothek, was sich im Fall Jhansi zeigte. Als Beleg für die kritische Einschätzung der damaligen Situation aus der Sicht des MI sei ein Auszug aus einem Brief angeführt:

„Das St. Jude´s hospital liegt am Rande der großen Stadt Jhansi und war in den letzten Jahren hauptsächlich auf gynaekologische und geburtshilfliche Fälle spezialisiert, da die leitende Ärztin, Fr. Dr. Reichert, Fachärztin für Gynaekologie war. Sie ist nach einer dreijährigen Tätigkeit in Jhansi im Dezember l. J. nach Deutschland zurückgekehrt. Seitdem ist das Hospital ohne ausreichende ärztliche Betreuung. Es ist nur eine junge indische Ärztin dort, die aber nicht operieren kann. Nun ist es uns gelungen, einen indischen Fachchirurgen, der seit zwei Jahren noch eine Spezialausbildung in Neurochirurgie in Liverpool und Würzburg absolviert hat, als leitenden Arzt für unser Hospital zu gewinnen. Dadurch ist es nun möglich, die chirurgische Arbeit dort zu intensivieren und zu spezialisieren, was gerade für Jhansi wo es außerdem noch mehrere Krankenhäuser gibt, die aber keinen besonderen Ruf genießen, von größter Wichtigkeit ist.“⁴³²

Der andauernde Mangel an ärztlichem Personal wirkte sich in Jhansi umso gravierender aus, da die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dort schon durch andere Krankenhäuser weitgehend abgedeckt wurde und so für das St. Jude´s Hospital eine ausgeprägte Konkurrenzsituation bestand. Im Gegensatz zu Shrirampur, wo ein Allgemeines Kran-

⁴³⁰ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Brief von Frau Dr. Marie-Luise Eisenbarth (GMH) an Misereor vom 19.07.76, S. 1.

⁴³¹ Projekt 5 Eikwe. 5c Hilfsorganisationen. Beihilfe zur Ausstattung und zu den laufenden Kosten des Hospitals in Eikwe vom 10.09.71, S.2.

⁴³² Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an den katholischen Missionsrat vom 13.04.66.

kenhaus etabliert werden konnte, musste man sich in Jhansi auf ein bestimmtes Patientenklientel, nämlich Frauen und Kinder, spezialisieren. Dies hatte sich zum einen aus dem Wirken von Fr. Dr. Reichert ergeben, zum anderen war es auch Folge der Konkurrenzsituation.⁴³³ Ein Beispiel für eine Konkurrenzsituation mit den lokalen Gesundheitseinrichtungen findet sich auch bei der Krankenpflege. Im englischsprachigen Raum war die Hebammenausbildung Teil der Ausbildung des Pflegepersonals, über deren Wissen Teile der Schwestern der GMH, wie es der deutschen Krankenschwesternausbildung entsprach, nicht verfügten. Dies stellte ein Problem für die Hospitäler v.a. in Indien dar. Man war darauf – dies zeigt sich in Shrirampur – angewiesen, den indischen, nach englischer Weise ausgebildeten Krankenpflegerinnen anderer Einrichtungen in praktischen und theoretischen Fähigkeiten der Geburtshilfe nicht unterlegen zu sein und dadurch den Vertrauensvorschluss der Bevölkerung in die deutschen Krankenschwestern und Ärzte, welche die einzigen europäischen Gesundheitsfachkräfte in Shrirampur und Umgebung waren, zu verspielen und so den Bestand des Missionshospitals zu gefährden. Aus diesem Grund machten zwei der Krankenschwestern einen Hebammenkurs im Holy Family Hospital in Patna.⁴³⁴

Dies alles führte nicht zu einer Entlastung der finanziellen Situation der Gesundheitsprojekte. Die wirtschaftlichen Gegebenheiten mussten sich aber so entwickeln, dass eine Übergabe an einheimische Kräfte möglich war. Dies war nur möglich durch eine gewisse finanzielle Unabhängigkeit der Einrichtungen von ausländischen Geldern. Dass dies schwierig war, liegt auf der Hand. In Shevgaon und Shrirampur konnte aber durch einen Einbezug von zahlenden Privatpatienten eine mehr oder weniger selbsttragende Finanzierung des Krankenhausbetriebes erreicht werden. Als Beispiel sei die Entwicklung in Shrirampur beschrieben. In den 1970er Jahren waren 1/3 der stationären Patienten und 2/3 der ambulanten Patienten immer noch in solch schlechten ökonomischen Verhältnissen, dass ihnen das Gesundheitsangebot des Krankenhauses Shrirampur kostenlos oder zu reduzierten Preisen bereitgestellt werden musste. Die laufenden Ausgaben des

⁴³³ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Misereor vom 06.11.67.

⁴³⁴ Archivbox B2 Betz-Korte. Tätigkeitsbericht für den 01.07.52–31.12.52; Archivbox GMH 1. Brief von Sr. Caecilia Geißler an Fr. Scharper vom 31.08.52.

Krankenhauses wurden über die Privatbetten, vollzahlende Patienten, Zuschüsse des MI und durch Spenden finanziert.⁴³⁵

1985 verfügte das St. Luke's Hospital über 200 Betten und in der Ambulanz wurden täglich um die 600 Patienten versorgt. 2/3 der stationären Patienten kamen für ihre Unterbringung selbst auf. Je nach finanziellen Möglichkeiten – soweit diese beurteilbar waren – erhielt das fehlende Drittel Ermäßigungen oder Kostenerlass. 20 Betten wurden für Privatpatienten bereitgehalten, welche einen höheren Beitrag für ihre stationäre Unterbringung zu entrichten hatten. Die Ausstattung des Hospitals mit Medikamenten wurde teilweise über Medikamentenspenden erreicht, die dann deutlich unter Marktwert oder kostenlos an die Patienten weitergegeben wurden. So war es überwiegend möglich, den Unterhalt des Hauses aus eigenen Einnahmen zu finanzieren. Wurde dieses Ziel einmal nicht erreicht, wurde der Fehlbetrag durch Gelder privater und kirchlicher Spender aus Deutschland ausgeglichen.⁴³⁶

Neben den Armen erhielt das Missionskrankenhaus Shrirampur durchaus auch Zulauf von zahlungskräftigeren Patienten, was Teilen der ortsansässigen indischen Ärzteschaft missfiel. Von ihnen empfanden nicht wenige die Deutschen als lästige Konkurrenz, was sich nachweisen lässt. Das Missionshospital war zweifelsohne eine Konkurrenz für die niedergelassenen indischen Ärzte. Seine Existenz führte einerseits zu einem Verlust an Patienten, und andererseits bedingte – was offensichtlich noch gravierender war – die Preispolitik des Missionshospitals für Medikamente und ärztlichen Rat einen Kostendruck für die indische Ärzteschaft. In dessen Folge mussten die indischen Ärzte notgedrungen ihre Preise senken. Da nimmt es nicht wunder, dass man versuchte, die Deutschen zu diskreditieren, indem man ihr fachliches Können in Frage stellte, zum einen in Form übler Nachrede oder dadurch, dass man dem St. Luke's Hospital schwerstkranke Patienten überwies, von denen absehbar war, dass sie nicht geheilt werden konnten.

Als anschaulicher Beleg sei ein Auszug aus einem Brief Dr. Kronschnabels an den Direktor des MI P. Dr. Eugen Prucker aus dem Jahr 1954 angeführt:

„Die Widerstände, die wir aber hier finden, sind nicht gering, insbesondere von Seiten der Ärzteschaft von Shrirampur. Wir hören immer wieder auf Umwegen von Versuchen

⁴³⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Neuantrag der Zentralstelle für Entwicklungshilfe an die Bundesregierung vom 20.05.75.

⁴³⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 1 St. Luke's hospital. Bericht des Generalkonsulats der Bundesrepublik Deutschland Bombay 13.05.85.

der Ärzte, uns herabzusetzen. Wir haben es aufgegeben sie für uns zu gewinnen. Sie sind zwar immer freundlich und anscheinend zuvorkommend, lassen aber in ihrer Praxis nichts unversucht, uns zu schaden. Wenn sie uns mal Fälle zuweisen, dann sind es so gut wie immer hoffnungslose, und ihre Fälle für Operationen schicken sie fast ausschließlich nach Ahmednagar. Vorgestern brachten uns zwei Ärzte, einen der reichsten Kaufleute von Shrirampur mit einer schweren Verbrennung. Über 50% der Haut war verbrannt, also ein hoffnungsloser Fall. Der Arzt aber meinte es sei nur ein bisschen. Der Mann ist natürlich gestorben und das geht auf unser Konto.“⁴³⁷

Entgegen dieser Tendenz wird aber auch von Beispielen konstruktiver Zusammenarbeit indischer Ärzte mit dem Missionshospital berichtet. Mit den niedergelassenen Ärzten bestand insofern eine Zusammenarbeit, als Labor- und Röntgenuntersuchungen für diese im Krankenhaus durchgeführt wurden.⁴³⁸

Aus dem obigen Text geht neben dem Vorwurf der Boshaftigkeit und Unkollegialität gegenüber dem Missionshospital, ja gar dem Wunsch, es lieber heute als morgen zugrunde gehen zu sehen, aber auch hervor, dass vielen schwerstkranken Patienten im Missionshospital trotz westlicher Medizin mitsamt ihren Medikamenten, Operationstechniken- und -therapien nicht geholfen werden konnte. Unter den vorherrschenden, ungünstigen Umständen wurden dem tätigen medizinischen Personal die Grenzen ärztlicher Macht aufgezeigt. Die Erkenntnis, in vielen Fällen der Situation machtlos gegenüberzustehen bzw. nicht adäquat einwirken zu können mit der Folge, das Leben des Patienten nicht retten und die Gesundheit nicht wiederherstellen zu können, obwohl man mit der Absicht in die Mission gekommen war, Heilung zu bringen, war für die Beteiligten nicht einfach.

Vergleicht man die Situation in Bezug auf die Gesundheitseinrichtungen zu Beginn der 1970er mit derjenigen der 1950er und 1960er Jahre, so stellt man fest, dass sich nicht nur ein Ausbau des St. Luke's Hospital vollzogen hatte, sondern dass sich auch neue andere Gesundheitseinrichtungen in Shrirampur, dessen Einwohnerzahl sich in 20 Jahren auf fast 40.000 vervierfacht hatte, etabliert hatten. So gab es ein Krankenhaus der Gewerkschaft, ein städtisches und drei private Krankenhäuser. Im Vergleich mit diesen

⁴³⁷ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 15.12.54.

⁴³⁸ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 03.08.72 und 12.03.73.

war das St. Luke's Hospital mit seinen 180 Betten, 6 Ärzten, 3 medizinischen Assistenten, 25 Krankenschwestern und 60 Krankenpflegeschülerinnen die größte Gesundheitseinrichtung der Stadt. Ebenso hatte sich die Zahl der niedergelassenen Ärzte auf 24 Privatpraxen erhöht. Im ganzen Einzugsgebiet gab es zum damaligen Zeitpunkt nur zwei als primary health centres bezeichnete Einrichtungen.⁴³⁹ Im Vergleich dazu gab es in der Gründungsphase des St. Luke's Hospital in Shrirampur in den 1950er Jahren nur acht praktizierende indische Ärzte und kein Krankenhaus.⁴⁴⁰ In Shevgaon beispielsweise herrschten zur Gründungszeit ähnliche Bedingungen. So gab es dort im Jahr 1974 nur eine Gesundheitsstation mit sechs Betten und einem Arzt und acht Allgemeinärzte (general practioners).⁴⁴¹ Hieraus ergibt sich, dass das Alleinstellungsmerkmal eines Missionskrankenhauses in einer ländlichen Region wie Shrirampur sich im Laufe der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung auflöste. Es musste sich im Wettbewerb mit anderen entstandenen Gesundheitseinrichtungen behaupten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Preispolitik aus karitativen Gründen nicht wirtschaftlich sein konnte. Dies erzeugte eine Abhängigkeit von ausländischen Geldgebern und stand im Widerspruch zur Forderung nach Selbständigkeit und finanzieller Unabhängigkeit der Projekte, gerade in Hinblick auf die Übergabe an einheimische Kräfte. Dieser Konflikt konkurrierender Vorstellungen wurde auf die Gesundheitsfachkräfte vor Ort übertragen, was bei diesen zu inneren Konflikten führte.

Die Preispolitik führte ferner zu einer Verschärfung des Konkurrenzdrucks auf die einheimischen Gesundheitsanbieter, was Konflikte zwischen den Missionshospitälern und den einheimischen Ärzten erzeugte. Generell standen die Gesundheitseinrichtungen in einem Wettbewerb innerhalb des lokalen Gesundheitssystems. So führte die Konkurrenzsituation zu Anpassungsprozessen innerhalb der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen.

⁴³⁹ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor. Brief von Sr. Christine Ott an Misereor vom 03.08.72.

⁴⁴⁰ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Mitschrift über einen Vortrag von 1958.

⁴⁴¹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Neuantrag bei Misereor vom Juni 1974.

12. Das Missionshospital als Ort von Glaube und Medizin

In diesem Abschnitt argumentiere ich, dass die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen Orte waren, an denen das Verhältnis von Glauben und Medizin in einer eigenen Weise gestaltet wurde. Dabei war die Gesundheitsarbeit Projektionsfläche sowohl für missionsstrategische Vorstellungen von Diözesen und kirchlichen Geldgebern als auch für die Lebensentwürfe des Gesundheitspersonals.

Der katholische Glaube setzte einen Rahmen für die Gesundheitsarbeit. Ferner waren gerade kirchliche Geldgeber die wichtigsten Geber von Geldern für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Missionshospitäler. In den 1950er Jahren waren dies die Missionswerke, namentlich das päpstliche Werk der heiligen Kindheit und das päpstliche Werk der Glaubensverbreitung, sowie später vor allem Misereor. Religiöse Überzeugungen der Nächstenliebe und Barmherzigkeit bildeten ein Kontinuum. Was sich aber durchaus änderte waren die Auslegung und Umsetzung des Glaubensauftrags im medizinisch-krankenpflegerischen Bereich. So sahen die kirchlichen Geldgeber die Gelder in ihrem Sinne in den 1950er und 1960er Jahren verwandt, wenn sie im karitativen Bereich eingesetzt wurden. Auch wenn bei der Gründung von Misereor 1958/59 Projektideen etabliert wurden und rein karitative Maßnahmen wie Nahrungsmittel- und Medikamentenspenden ergänzten, wurde das karitative Engagement hervorgehoben, ehe ab Beginn der 1970er Jahre – wie im Kapitel Missionsmedizin als integrativer Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit gezeigt – , entwicklungspolitisch geprägte Überlegungen der kirchlichen Geldgeber die Gesundheitsarbeit vor Ort beeinflussten. Die karitativen Aspekte der Gesundheitsarbeit fanden ihren Ausdruck in folgenden Bereichen. So wurde die kostenlose Behandlung von Waisen und kranken Kindern aus armen Familien explizit angeführt. Ebenso wurden von Misereor Einzelspenden mit der Bezeichnung „Für arme Kranke“⁴⁴² verwendet und an die Missionshospitäler weitergeleitet. Vom MI wurde der Gedanke eines Armen-Fonds entwickelt. Die konkrete Umsetzung und Planung der Aktivitäten oblag hierbei den Schwestern der GMH und Ärzten des MI, was

⁴⁴² Archivbox GMH 3. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Sr. Christine Ott vom 12.11.68. Auszug: „Zu Weihnachten werde ich Ihnen ein schönes Geschenk machen können. Ich habe ganz überraschend von Aachen eine größere Summe Geldes in Aussicht gestellt bekommen zur Behandlung und Betreuung von armen Kranken.“

sich beispielsweise im St. Luke's Hospital Shrirampur zeigt, das als public charitable trust in Poona eingetragen war.⁴⁴³

Für nicht kirchliche Geldgeber musste auch deren Verhältnis zu den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen mit ihrem hybriden Charakter aus Medizin und Religion definiert werden. Dies lässt sich gut am Beispiel des Auswärtigen Amtes nachweisen. Betrachtet man beispielsweise das Verhältnis des Auswärtigen Amtes zum Projekt in Shrirampur, so stellt man in der Korrespondenz fest, dass die Unterstützung, die dem Krankenhaus von Seiten des Amtes gewährt wurde, damit begründet wurde, dass das Projekt durch die Arbeit und den Einsatz deutscher ÄrztInnen und Krankenschwestern und durch die Verwendung medizinischen Geräts deutscher Firmen vor allem als deutschsprachige „kulturelle“ Unternehmung angesehen wurde. Für das Auswärtige Amt spielte die religiöse Motivation nur eine geringe, wenn nicht gar keine Rolle. Im Vordergrund stand die Verbreitung des Ansehens deutscher Medizin und Krankenpflege, womit eine Mehrung des Ansehens Deutschlands, das während des Zweiten Weltkriegs gelitten hatte, verbunden wurde.⁴⁴⁴ Dies zeigt sich auch darin, dass die zur Verfügung gestellten Mittel aus dem Fond der Kulturabteilung des Auswärtigen Amtes stammten.⁴⁴⁵ So beteiligte sich das Auswärtige Amt beispielsweise am Bau der Gebäude für die Krankenpflegeschule in Shrirampur.⁴⁴⁶

Dass das MI und deren Missionsärzte sowie die Schwestern der GMH ihre Arbeit jedoch als Teil der Evangelisierung in den Missionen verstanden, belegt der Missionseid, der vor Ausreise in den 1950er und 1960er Jahren abgelegt werden musste. Dieser lautete wie folgt:

„Ich, [...] , lege hiermit das eidliche Gelöbnis ab, mich wenigstens zehn Jahre lang als Missionsarzt dem Dienste der Missionen in den Heidenländern zu widmen und dort meine Kräfte und Kenntnisse der Ausbreitung des Reiches Gottes auf Erden dienstbar zu

⁴⁴³ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Missionswerk und Misereor: Brief von Sr. Christine Ott an das bischöfliche Hilfswerk Misereor vom 06.04.64; Archivbox GMH 3. Brief vom Direktor des MI P. Urban Rapp an Sr. Christine Ott vom 12.11.68.

⁴⁴⁴ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt. Brief des AA vom 12.01.53 an das Päpstliche Werk der heiligen Kindheit.

⁴⁴⁵ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt. Brief des Auswärtigen Amtes an das MI vom 05.02.53; Brief des MI an das AA vom 18.03.54.

⁴⁴⁶ Projekt 3b Shrirampur, Mappe 2 St. Luke's hospital. Korrespondenz Auswärtiges Amt: Verwendungsnachweis. Einwilligungsbescheid des Auswärtigen Amtes vom 13.06.62.

machen, im Hinblick auf den erhabenen Zweck und den Lohn meines Herrn und Schöpfers, gemäß den Statuten unseres Instituts.“⁴⁴⁷

Das katholische Krankenhaus war sowohl in den Missionsländern als auch in Europa oder den USA im Verständnis der Ordensgemeinschaften immer mehr als ein reines Krankenhaus. In diesem Zusammenhang argumentiert Wall in „American Catholic Hospitals. A Century of Changing Markets and Missions“, dass das katholische Krankenhaus durch seinen äußeren Aufbau und die vermittelte geistliche Atmosphäre über die Ebene der Funktion als medizinische Einrichtung hinausging. Wall gebraucht sogar den Begriff „geheiliger Ort“.⁴⁴⁸

Bei aller medizinischen und sozialen Hilfe – sei sie gegenwarts- oder stärker zukunftsorientiert, sei sie kurativ oder präventiv, integrativ oder rehabilitativ gewesen – findet sich immer wieder der Rückverweis auf den katholischen Glauben als eigentliche Triebfeder für das Engagement der Schwestern und des MI, dessen Teil sie waren. Das Missionshospital war dabei Ausdruck und Projektion der eigenen religiösen Überzeugung.

Diese Überzeugung wird beispielsweise in der Rede des P. Direktor bei der Einweihung des Hospitals in Chetpet vom 01.05.62 deutlich:

„[...] Diese Kapelle steht in der Mitte des ganzen Hospitalcompound. Dies soll ein Zeichen dafür sein, dass wir als Sinnmitte unserer Arbeit den Herrn haben. All unser Dienst an den Kranken mündet in dem Gebetsruf des Apostels Thomas, dem die Kapelle und das Hospital geweiht sind: „Mein Herr und mein Gott“. Es ist das spezielle Apostolat unseres Instituts, Christi Reich der Liebe durch die Tat der Liebe gegenwärtig zu machen. Wo die Liebe ist, da ist der Herr und wo der Herr ist, da ist seine Gottesherrschaft angebrochen. Wir wollen nichts anderes tun, als zu zeigen, wie es ist, wenn Christus der Herr ist. Dies täglich neu zu versuchen, sei die Weise unserer Dankbarkeit gegen Gott.“⁴⁴⁹

Im Einsatz des Gesundheitspersonals erwachsen allerdings psychologisch-emotionale Herausforderungen an das Missionspersonal, die sich aus der überhöhten und idealisierten missionsärztlichen Idee, altruistisch im Auftrag der Mission und damit Gottes zu handeln, und der alltäglichen Gesundheitsarbeit in abgelegenen Regionen ergaben.

⁴⁴⁷ Archivbox S1 Dr. Sachs Otmar. Missionseid.

⁴⁴⁸ Wall, B. M.: American Catholic Hospitals. A Century of Changing Markets and Missions (2011), S. 3.

⁴⁴⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Ansprache bei der Einweihung des Hospitals in Chetput.

Dieser innere Konflikt findet seinen Ausdruck in der Korrespondenz. So heißt es in einem Brief einer Missionsärztin an Schwestern zuhause 1958:

„Aber seien Sie nicht ungeduldig, wenn Sie noch warten müssen, denn mit Idealismus u. beruflichem Können sind die Schwierigkeiten des Missionseinsatzes noch nicht bewältigt. Man muß über ziemliche Kraftreserven verfügen, wenn man immer nur geben, nur für andere da sein will.“⁴⁵⁰

Auch wenn man sich als Teil der Mission begriff, verzichteten die Schwestern der GMH auf missionarische Arbeit in Worten, um sich auf die medizinische Arbeit zu fokussieren. So wird in einem undatierten Bericht vermerkt:

„Irgendein Unterschied in der Behandlung wegen einer bestimmten Religionszugehörigkeit wird selbstverständlich nicht gemacht. Etwa 85% unserer Kranken sind Hindus, 10% Christen, 5% Mohammedaner. Wir lehnen es auch ab, irgendwelche religiösen Instruktionen mit den Sprechstunden zu verbinden, wie es manche Zentren tun. Wir bemühen uns, den Menschen ein christliches Leben vorzuleben und hoffen, dass dieses praktische Tun die Arbeit unserer Missionare wirkungsvoll unterstützt.“⁴⁵¹

Den missionarischen Aspekt ihres Tuns und Daseins symbolisierten die Gesundheitsarbeit und die Gesundheitseinrichtungen wie die Missionshospitäler. Zweifelsohne verlangte die Gesundheitsarbeit bzw. Medizin in der Mission eine Auseinandersetzung mit ihrem missionarischen Erfolg. In der täglichen Gesundheitsarbeit drängte sich diese Frage nicht zwangsläufig auf. Sobald aber der Sinn medizinischer Tätigkeit in Bezug auf missionarischen Erfolg des eigenen Handelns hinterfragt wurde, wird aus den Quellen ein Schwanken zwischen innerem Zweifel und überzeugtem Sendungsbewusstsein offenbar. Ein Rundbrief von 1980 hält dies fest:

„Wir haben uns anlässlich der Papstreise und der 100-Jahr-Feier der kath. Kirche Ghanas hinterfragt, ob unser Dienst an den Kranken in unserem Hospital durch die westliche Medizin wirklich der Weg ist, die Menschen von ihrem Glauben an die Macht der kleinen Götter, an die Willkür der Ahnen und an den Fetischismus zu befreien. Und es ist uns

⁴⁵⁰ Archivbox F1 Dr. Maria Fisch. Mappe Dr. Fisch Maria II. Brief an die Schwestern der GMH in der Friedensstraße vom 1. Advent 1958.

⁴⁵¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 4.

klar geworden, daß wir es nicht ohne das Leitbild und die Fürsprache der Heiligen können.“⁴⁵²

Missionarischer Erfolg lässt sich schwer messen. In Indien zeigte sich aber, dass durch die Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen ein indischer Zweig der GMH gegründet werden konnte. Ab Anfang der 1970er Jahre nämlich verfolgte die GMH und das MI den Plan, eine indische GMH mit dem Namen Medical Mission Institute zu gründen. Dafür wurde ein geistliches Fortbildungshaus in Bangalore erworben. Indische Frauen, die über die Tätigkeit der deutschen GMH in den Hospitälern aufmerksam wurden und selbst ein Leben wie die Schwestern der GMH führen wollten, sollten den Bestand einiger Einrichtungen in Indien sichern.⁴⁵³ Die Missionskrankenhäuser in Shevgaon und Chetpet werden bis heute von der indischen GMH betreut. In Afrika konnte ein afrikanisches Pendant nicht realisiert werden, obwohl es in Amadi Anwärtnerinnen der GMH gab und 1983 die ersten afrikanischen Schwestern der GMH ihr Versprechen ablegten.⁴⁵⁴

Dass Glaube und Medizin im Missionshospital immer neu verhandelt werden mussten, zeigt sich gerade in den diözesanen Einrichtungen, da dort im Gegensatz zu den institutseigenen Missionshospitälern religiöse Vorstellungen der Diözesen stärker berücksichtigt werden mussten. In diözesan eigenen Krankenhäusern war der Einfluss der Ortskirche auf die Grundausrichtung der Gesundheitspolitik des Missionskrankenhauses stärker ausgeprägt als in institutseigenen Einrichtungen. Dies äußerte sich v.a. in grundsätzlich weiteren Eingriffs- und Kontrollinstrumentarien der Diözesen. Als Beispiel dafür sei ein Auszug aus dem Agreement zwischen MI und der Diözese Sekondi-Tokaradi über das Missionskrankenhaus in Eikwe angeführt:

⁴⁵² Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. Rundbrief vom Advent 1980, S. 2.

⁴⁵³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe c Dr. Aschhoff Briefe 1960–1979. Brief vom P. Direktor Urban Rapp an Dr. Aschhoff vom 29.03.72. Auszug: „Ich habe Shevgaon nur unter der Bedingung in die Planung aufgenommen, daß es von Anfang an mit fast nur indischen Kräften begonnen wird. Aber schon ruft man dort wieder nach deutschen Schwestern. Und genau auch diese Überlegungen waren es, die ja uns beide dazu bewogen haben, in Bangalore ein Haus zu kaufen, damit allmählich es möglich wird, von Indien selbst im Sinne eines eigenen Instituts die indischen Angelegenheiten zu regeln. Dieses Institut ist natürlich darauf angewiesen, möglichst bald gute Mitglieder zu bekommen.“

⁴⁵⁴ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 3f.; Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Missionsreise unserer Generalleiterin nach Zaire und Ghana vom 08.12.81–09.02.82. Reiseeindrücke ihrer Begleiterin Dr. Hannelore Freisfeld, S. 4.

„All matters of policy concerning the hospital will be referred to the Ordinary (Ortsbischof oder -oberer; M.E.) or his delegate and all business with public authorities conducted only with approval of the Ordinary.“⁴⁵⁵

Für die Diözese Jhansi beispielsweise stand der missionarische Aspekt des Missionskrankenhauses im Vordergrund. Für sie war die karitative Gesundheitsarbeit entscheidend, und so wurde ihrerseits die Behandlung der armen Kranken Indiens betont. Christliches Engagement sollte der Bevölkerung demonstriert werden und die Gesundheitsarbeit die Festigung christlicher Strukturen in der Region unterstützen. Ebenso wurde von Beginn an eine bestimmte Bettenzahl für Missionsangehörige der Diözese vorgehalten, sodass auch die gesundheitliche Versorgung des Missionspersonals sichergestellt war.⁴⁵⁶ Beispielhaft für diesen Sachverhalt heißt es in einem Brief des Bischofs der Diözese Jhansi, Monsignore F. X. Fenech an den Direktor des MI P. Dr. Eugen Prucker im Jahr 1954: „Sie wissen selbst wie notwendig und wichtig ein Krankenhaus in einer neu geschaffenen Präfektur ist, da es die Nöte und Leiden der Armen und Notdürftigen, gleich welcher Kaste, Rasse und Religion, lindern wird. Ihre bereite Cooperation ist ein Akt echter christlicher Liebe und Solidarität.“⁴⁵⁷

An anderer Stelle weist die Diözese Jhansi aber daraufhin, dass im Falle der Überlastung des Krankenhauses, katholische Patienten vorrangig behandelt werden sollten.⁴⁵⁸ Wichtig war für die Diözese Jhansi vor allem die Versorgung mit Medikamenten, dies auch im Hinblick auf den eigenen Klerus.⁴⁵⁹ Dass Gesundheitsarbeit ein wichtiger Bestandteil im Missionskonzept der Diözese Jhansi war, soll an einem weiteren Auszug aus einem Brief des Bischofs aus dem Jahr 1969 veranschaulicht werden: „The diocese of Jhansi does not have many Catholics nor many churches, but the whole Jhansi dis-

⁴⁵⁵ Projekt 5 Eikwe. 5 b History Feste. Agreement zwischen dem Missionsärztlichen Institut, der Gemeinschaft der Missionshelferinnen und der Diözese Sekondi-Tokaradi vom 02.08.72.

⁴⁵⁶ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Vertrag zwischen der Diözese Jhansi und dem MI vom 23.09.56.

⁴⁵⁷ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Fenech an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 04.07.54.

⁴⁵⁸ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Fenech an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 12.08.54.

⁴⁵⁹ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Fenech an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 15.11.55.

trict is proud of its hospital and it is a silent but eloquent apostolate of selfless service and love on the part of the doctors and sisters.”⁴⁶⁰

Neben dem Personalmangel hatte die Hospitalgründung in Jhansi mit grundsätzlichen Problemen zu kämpfen. Dazu gehörte, dass – betrieben insbesondere durch den Bischof von Jhansi – missionsstrategischen Gesichtspunkten gegenüber gesundheitspolitischen Notwendigkeiten der Vorrang eingeräumt wurde. Vor diesem Hintergrund ist die Hospitalneugründung in einem Gebiet zu sehen, welches zu dieser Zeit bereits über ausreichende medizinische Versorgung verfügte. In Jhansi war die ärztliche Versorgung durch andere Krankenhäuser und ärztliche Praxen bereits damals weitgehend gewährleistet, was die Entwicklung des Krankenhauses hemmte. Wenngleich auch in anderen Einrichtungen in der Anfangsphase ein Mangel an Apparaten, Personal und Medikamenten zu konstatieren war, so wirkte sich dies bei der Versorgungssituation in Jhansi und den daraus resultierenden Ansprüchen der Patienten noch gravierender aus. Die Zahl der ambulanten und stationären Patienten wuchs zwar, aber bei weitem nicht in dem Maße wie erwartet. Diese unbefriedigende Situation belastete das Gesundheitspersonal, was sich an vielen Stellen in der Korrespondenz zeigt. Dazu ein Auszug aus einem Brief des Missionsarztes Dr. Sachs an den Direktor des MI von 1957: „Unter so manchen Dingen, die uns hier das Leben nicht ganz leicht machen, ist vor allem auch, dass hier in Jhansi eigentlich keine unbedingte Notwendigkeit zu diesem Hospital besteht. Denn wohl alle, die hierher zur Behandlung kommen, koennten sehr wohl auch in andere Krankenhäuser und zu anderen Ärzten gehen, zumal sie hierher noch oft mit überspannten Erwartungen kommen.“⁴⁶¹

Es lässt sich in allen Projekten feststellen, dass die Gesundheitsarbeit in den Dienst der lokalen Diözese gestellt wurde, was sich beispielsweise in Shevgaon zeigt.⁴⁶² Man ordnete sich der kirchlichen Autorität in Missionsfragen unter, die das Wirken der GMH als

⁴⁶⁰ Projekt 3b Jhansi. Korrespondenz Bischof Mudartha, Auswärtiges Amt, Misereor, Missionswerke. Brief von Bischof Mudartha an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 10.06.69.

⁴⁶¹ Archivbox S1 Dr. Sachs Otmar. Brief von Dr. Otmar Sachs an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 23.04.57.

⁴⁶² Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Agreement vom 08.12.74: „The Nityaseva Hospital Shevgaon, being a Catholic Institution is as such a part of the Poona Diocese and under the jurisdiction of the Bishop of Poona. Further it is an institution founded by the Medical Mission Institute, Wuerzburg, Germany and consequently the Director of the Medical Mission Institute is the last instance for major decisions.“

Teil der Missionsarbeit und karitativen diözesanen Werke betrachtete. Die kirchliche Autorität nutzte ihre Strukturen, um die Gesundheitsarbeit zu unterstützen.⁴⁶³

Ein weiterer Teilaspekt, an dem sich zeigen lässt, dass das Verhältnis von Medizin und Glauben im Missionshospital bestimmt wurde, ist der Prozess der Indisierung des Personals in Ärzteschaft und Krankenpflege. Im Zuge der Indisierung stellte sich nämlich die Frage, ob ein Hindu oder ein Katholik Chefarzt und damit ärztlicher Repräsentant des Missionskrankenhauses werden sollte, was am Beispiel in Shrirampur deutlich wird. Dabei spielten unterschiedliche religiöse Haltungen zwischen Hinduismus und katholischer Kirche insbesondere im Bereich von Familienplanung und Schwangerenberatung eine Rolle. Es stellte sich die Frage, ob bei der Stellenbesetzung die christliche Ausrichtung des Krankenhauses oder einzig die fachliche Qualifikation des Arztes ausschlaggebend sein sollte.⁴⁶⁴ Nach längerem Abwägen und dem Versuch, einen gleichwertigen katholischen Arzt für Shrirampur zu bekommen, was nicht möglich war, entschied man sich 1971 für einen Facharzt für Chirurgie hinduistischen Glaubens, der aus der Region stammte, bis dahin im Krankenhaus der Gewerkschaft gearbeitet hatte und in Shrirampur eine gute Reputation besaß. So gab man schließlich der Qualifikation den Vorrang gegenüber dem religiösen Bekenntnis. Dass dies nicht ohne Bedenken geschah, bestätigt der Blick in einen Vertragsentwurf:

„Should at a later date the Director of the Medical Mission Institute appoint an equally qualified Doctor he may be asked to renounce the designation Chief Medical Officer and join as equal among equals the team of specialists whose designation as Chief of Department or head of department etc. will be negotiable. This however will in no way affect the emoluments he receives at that date.“⁴⁶⁵

Gab man bei der Auswahl des Personals medizinischen Qualifikationen gegenüber religiös motivierten Überlegungen bei Ungleichheit den Vorzug, so verlangte man von den andersgläubigen medizinischen Angestellten, seien es Ärzte oder Krankenschwestern, die Achtung der Ausrichtung als katholisches Missionskrankenhaus und die Befolgung bestimmter Regeln. Indisches und afrikanisches Personal, das in den Missionshospitä-

⁴⁶³ Archivbox GMH 1 Sr. Cäcilie Geißler. Brief an P. Direktor Urban Rapp vom 13.05.82. Auszug: „[...] verschiedene Faktoren spielen naturerlich schon eine Rolle dabei, z.B., dass es als Ambulanz anerkannt und registriert wird, etc.. Einige Patres die Beziehungen haben, schalten sich mit ein.“

⁴⁶⁴ Archivbox GMH 3. Brief vom Direktor des MI an Sr. Christine Ott vom 07.07.70.

⁴⁶⁵ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 23.02.71.

lern arbeitete, musste sich den Regeln eines Missionskrankenhauses unterordnen. So heißt es im Vertrag zwischen Arzt und Krankenhaus aus Shevgaon von 1974: „The doctor agrees not to contravene the rules of ethics of the catholic church, which is binding to this institution.“⁴⁶⁶

Diese Notwendigkeit der Kompatibilität von Glauben und Medizin zeigte sich schon zuvor bei den Anforderungen an die MissionsärztInnen des MI. Das undatierte Anforderungsprofil für Missionsärzte war wie folgt definiert: Er/Sie sollte nicht älter als 40 Jahre alt, tropentauglich, ohne Kinder im schulpflichtigen Alter, mit chirurgischen und gynäkologischen Fähigkeiten ausgestattet sein, wenn kein Arzt mit solchen Fähigkeiten im Projekt war, sowie Kenntnisse in Tropenmedizin und Sprachkenntnisse in Englisch und Französisch besitzen.⁴⁶⁷ Bezüglich religiöser und charakterlicher Anforderungen wurde als Minimum festgesetzt: „Charakterliche und religiöse Eigenschaften: solcherart, daß die Missionsarbeit der Kirche gefördert oder wenigstens nicht gestört wird.“⁴⁶⁸

Konsequenzen, die sich aus der Ausrichtung nach dem katholischen Glauben für die Missionshospitäler ergaben, waren für alle bindend und lassen sich wie folgt charakterisieren. Die Anforderungen verlangten innerhalb des Missionskrankenhauses den Verzicht auf absichtliche Lebensverkürzung, den Verzicht auf Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation als Verhütungsmittel sowie die Forderung nach sexueller Abstinenz vor der Ehe und ehelicher Treue als bester Prävention gegen Aids.⁴⁶⁹ Diese für ein Missionshospital als charakteristisch definierten Merkmale sollten auch Bestand haben und beibehalten werden, wenn sie aus der Hand der GMH gänzlich an einheimische Kräfte übergeben wurden. Dies sollte durch die Übergabe an einheimische katholische Or-

⁴⁶⁶ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Agreement vom 08.12.74.

⁴⁶⁷ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Erwägungen über den Einsatz deutscher katholischer Ärzte im Kongo, S. 1.

⁴⁶⁸ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Erwägungen über den Einsatz deutscher katholischer Ärzte im Kongo, S. 1.

⁴⁶⁹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. St. Luke's hospital board-proposals for Government take over. Auszug: "1. The direct intended termination of any patient's life, even at his/her own request is morally wrong and therefore unacceptable. 2. Human life is held to be sacred from the moment of conception until natural death, therefore any deliberate medical procedure designed to deprive an embryo of its life is also immoral and unacceptable. Advocating abortion for pregnant HIV Positive mothers or for any other reason cannot be considered. 3. Sterilisation, whether permanent or temporary, for men or women may not be used as a means of contraception. 4. The Catholic Church rejects any kind of population policy that is imposed without respect for the conscience of the individual and the moral foundations of family life. Natural Family Planning should be promoted instead. 5. Sexual abstinence before marriage and fidelity in marriage are recommended and promoted as the safest means of preventing people acquiring HIV/AIDS infection. 6. No person may be obliged to participate in a medical or surgical procedure which he/ she judges in conscience to be immoral."

densgemeinschaften sichergestellt werden. Ab Mitte der 1980er Jahre begann Sr. Christine Ott in Abstimmung mit dem MI in Würzburg beispielsweise die Übergabe des Krankenhauses St. Luke's Hospital vorzubereiten. Um den Grundgedanken christlicher Gesundheitsarbeit dabei zu erhalten – das St. Luke's Hospital wurde als Missionskrankenhaus gegründet – sollte der künftige Träger eine indische katholische Schwesterngemeinschaft sein. Aus diesem Grund wurden 25 in Frage kommende Ordensgemeinschaften angeschrieben und Treffen mit Ortsbesichtigungen durchgeführt, bevor es schließlich an eine übergeben wurde.⁴⁷⁰

Ein weiterer Bereich, an dem das Aushandeln von Handlungsweisen zwischen medizinischen und religiösen Gesichtspunkten in den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen sichtbar wird, ist derjenige, dass man sich in besonderen Themenfeldern wie der Leprabehandlung, der Geburtshilfe und der Gynäkologie betätigte. Prinzipiell wurden in den von der GMH betreuten Einrichtungen Krankheiten aus dem gesamten in der jeweiligen Region vorhandenen Spektrum behandelt. Doch tauchen in den unterschiedlichen Projekten immer wieder Pläne oder die Realisierung von Tätigkeiten im Bereich der Leprabehandlung, Geburtshilfe und Gynäkologie auf, da diese Bereiche besonders gut eine Synthese von religiösen und medizinischen Dimensionen der Missionsmedizin ermöglichten. Untersucht man die Forschungsliteratur zum Thema Lepra in der Missionsmedizin, so kristallisieren sich folgende Positionen heraus. Die drei wesentlichen Merkmale der kirchlichen Leprafürsorge sind nach Wolfgang Eckart „Krankenpflege, Sozialfürsorge und Evangelisation“ gewesen.⁴⁷¹ Aus diesem Grund hatte die Missionsmedizin ihr Augenmerk nicht primär in kurativer Absicht auf die Lepra gerichtet. Sie war vielmehr ein klassisches Betätigungsfeld kirchlicher Krankenfürsorge. Dies hing damit zusammen, dass bis Mitte des 20. Jhd. der Medizin kein gutes Medikament zur Heilung dieser Krankheit zur Verfügung stand. So dominierte der soziale Aspekt im Fall der Leprabehandlung. Ihre biblischen Entsprechungen machten sie zum klassischen Betätigungsfeld der kirchlichen Gesundheitsarbeit und verschafften ihr eine Sonderstellung unter den Krankheiten der Tropen. Die Behandlung der Lepra wurde bis zur Entwicklung hoch wirksamer Medikamente in der Mitte des 20. Jhd. in Leprakolonien durchgeführt und beschränkte sich auf Krankenpflege. Die Leprösen wurden in den Leprosorien iso-

⁴⁷⁰ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an den Direktor des MI P. Urban Rapp vom 10.08.85.

⁴⁷¹ Eckart, W.: *Ärztliche Mission* (1994), S. 73.

liert und nach Geschlechtern getrennt.⁴⁷² Grundlegend änderte sich die Behandlung der Lepra mit dem therapeutischen Einsatz der Sulfone ab dem Jahr 1947, durch welche die Lepra heilbar wurde.⁴⁷³ Der offizielle Durchbruch der neuen Behandlungsmethode der Lepra mit Sulfonen vollzog sich auf der VI. Internationalen Leprakonferenz in Madrid im Jahr 1953, in deren Folge die WHO und UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) diesen Ansatz der Leprabekämpfung vorantrieben.⁴⁷⁴

Die Lepraprojekte der GMH fallen gerade in diese Zeit, in der eine effektive Behandlung der Krankheit erstmals möglich war. Dadurch wurde der medizinische Aspekt der Leprabehandlung in der Missionsmedizin gestärkt, was besonders im Leprazentrum in Chetpet deutlich wird. Dort wollte man sich zunächst auf die Lepraarbeit beschränken, doch es zeigte sich rasch, dass eine Fokussierung auf die Lepra aufgrund der Häufigkeit anderer Erkrankungen nicht sinnvoll war. Dies führte zu Gewissenskonflikten des Gesundheitspersonals der GMH. Deshalb wurde der Plan einer Gründung eines Missionshospitals, des späteren St. Thomas Hospital, in das die Leprafürsorge eingebettet werden sollte, entwickelt. Der Bau eines Allgemeinkrankenhauses zusätzlich zur Lepraarbeit war aber keine Selbstverständlichkeit. Gerade die Geldgeber Misereor und Deutsches Aussätzigen Hilfswerk (DAHW) standen dieser Idee anfangs ablehnend gegenüber. Sie befürchteten eine Intensivierung der finanziellen Belastung und rechneten damit, dass nicht Lepröse und gerade zahlungsfähige Allgemeinpatienten solch ein kombiniertes Krankenhaus boykottieren würden.⁴⁷⁵ Dass die Angst vor Widerstand aus der Bevölkerung gegen eine Integration der Lepraarbeit in die allgemeine Krankenversorgung nicht unbegründet war, lässt sich beispielsweise in einem Safaribericht des DAHW über ein Lepraprojekt in Uganda aus dem Jahr 1969 belegen, der in Harlfingers Dissertation „Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika“ angeführt wird. So heißt es bei Harlfinger:

„BAIER schrieb 1969 in seinem Safaribericht des DAHW, dass im Kigezi Distrikt die Bevölkerung wohl eine der „Lepra-feindlichsten“ ganz Ugandas ist. [...] Als im Laufe der

⁴⁷² Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 33–35.

⁴⁷³ Harlfinger, S.: Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika (2012), S. 23.

⁴⁷⁴ Harlfinger, S.: Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika (2012), S. 94.

⁴⁷⁵ Vgl. Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe DAHW. Aktennotiz über die Besprechung DAHW und Institut am 30.12.65.

1960er Jahre bekannt wurde, dass die Lepraarbeit an das Kisiisi Krankenhaus angeschlossen werden sollte, gab es große Proteste seitens der Bevölkerung.⁴⁷⁶

Die Abkehr von der ausschließlichen Lepraarbeit in den Projekten der GMH ergab sich aber v.a. aus der Tatsache, dass trotz der hohen Krankheitslast an Lepra andere Krankheiten viel häufiger auftraten und es zusehends schwerer fiel, den Patienten mit anderen Erkrankungen eine Behandlung zu verweigern⁴⁷⁷. Gleichzeitig sah man eine Chance, die Lepra im Bewusstsein der Bevölkerung zu einer Krankheit unter anderen zu machen und dadurch die Stellung der Leprösen innerhalb der Gesellschaft und Familie zu verbessern, indem sie in einem Missionshospital behandelt wurde.⁴⁷⁸ Dabei setzte man nicht auf Isolierung der Kranken wie früher, sondern auf Einbindung und Rückführung, wie ein Bericht von 1978 zeigt:

„Rehabilitation of leprosy patients is a process of decentralisation and not concentrating or collecting them in a colony or settlement and giving them work there. The social prejudice is the biggest problem which governs the concept of physical fitness. Rehabilitation means, restoration to a former stage, capacity, privilege and rank. It refers to the process of assisting them to achieve the fullest degree of physical mental social and vocational adjustment within the limitation imposed by the disability.“⁴⁷⁹

Die Lepraarbeit war – wie oben erwähnt – schon immer Teil der kirchlichen Fürsorge gewesen. Lepra war synonym mit Ausgrenzung und Stigmatisierung⁴⁸⁰. Dass dies auch in der Region Chetpet so war, bestätigt die Korrespondenz:

„Wir hatten nicht die Absicht gehabt, eine Allgemeinambulanz zu betreiben, aber schon bald erkannten wir, dass es für unsere Lepraarbeit von Vorteil war, denn so kamen manche Leprakranken zu uns, die zu scheu gewesen wären in ein reines Leprabehandlungszentrum zu gehen. Ihre Krankheit sollte doch nicht bekannt werden. Denn das ist

⁴⁷⁶ Harlfinger, S.: Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika (2012), S. 88.

⁴⁷⁷ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe c Dr. Aschhoff Briefe 1960–1979. Brief von Frau Dr. Aschhoff an den P. Direktor Urban Rapp vom 03.02.66. Auszug: „Ich muss Ihnen versichern, dass ich mit meinem ärztlichen Gewissen nicht verantworten kann, dass wir uns auf Leprakranke beschränken und andere Schwerkranke abweisen. Die Anzahl der Kranken zu reduzieren liegt nicht in meiner Hand.“

⁴⁷⁸ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Geschichte des Chetput-Hospitals. S. 2f. Auszug: „Es drängte sich nun immer mehr die Frage auf, ob es nicht notwendig wäre, das Leprazentrum mit einem allgemeinem Krankenhaus zu verbinden, da die Zahl der Allgemeinkranken immer mehr zunahm. [...] Das Stigma eines Leprahospitals wird weggenommen, die Behandlung aller Kranken geht Hand in Hand, die Lepra wird zu einer von vielen Krankheiten.“

⁴⁷⁹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Rehabilitation vom 23.10.78.

⁴⁸⁰ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 2.

bis jetzt trotz aller Aufklärung und Belehrung der Bevölkerung nicht gelungen, den Kranken ihr Stigma zu nehmen. Ein Leprakranker ist noch ein Aussätziger, dem öffentliche Stellen verweigert werden, auch wenn er ein Zeugnis über Ausheilung seiner Krankheit beibringt.“⁴⁸¹

Dass man ein neues Konzept medizinischer Versorgung der Leprakranken in und bei einem Missionshospital verfolgte bzw. entwarf, war eng mit dem medizinischen Fortschritt verbunden. Erst die Erfindung und massenhafte Herstellung der Sulfone machte die Krankheit heilbar. Es bot sich nun an, Jesus wie im Neuen Testament beschrieben nachfolgend, Lepröse zu heilen. So heißt es in einem Bericht aus Chetpet:

„Die Möglichkeit der wirkungsvollen Behandlung und Heilung ist derjenige Punkt, der den Ausschlag gibt, dass in den letzten 20 Jahren die Lepraarbeit solch einen Aufschwung genommen hat. Es wurde ein Heilmittel gefunden für die Lepra in den Sulfonen. Der einzige Weg zur Ausrottung ist jetzt nicht mehr die Isolierung, sondern eine wirkungsvolle, wenn auch oft langwierige Behandlung bei einer systematischen Erfassung aller Patienten.“⁴⁸²

Da die Lepra aber durch Verlust von Gliedern, Kontrakturen und Ulzera zu Folgeschäden, die auch die Psyche des Patienten miteinschließt, führte, begann man ein Rehabilitationsprogramm.⁴⁸³ Diese Integrationsprogramme der Leprösen ließen sich gut in die aufkommenden gesundheitspolitischen Strategien der 1970er Jahre, die weiter vorne erläutert wurden, integrieren. Für das DAHW galt es, sein Motto „Kranke heilen, Lepra besiegen, Entwicklung fördern“ zu realisieren. Während das MI Interesse an Leprafor-

schung⁴⁸⁴ in Chetpet zeigte, war dieser Bereich für das DAHW von nachrangiger Bedeu-

⁴⁸¹ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 2.

⁴⁸² Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Lepraarbeit im German Leprosy Centre, Chetput, Südindien, S. 1.

⁴⁸³ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe a Berichte. Rehabilitation. Auszug: „The Rehabilitation project of our hospital aims at making the patient think that he is also a part and partial of the society in which he lives. This project gives hope and cheer to the mentally distressed patients who are affected by Hansens diseases. To our credit we have many schemes under this rehabilitation project.“

⁴⁸⁴ Projekt 8 Chetpet. Archivbox III. Mappe Hilfsorganisationen. Brief von P. Direktor Eugen Prucker an Emmaus Schweiz vom 04.04.62. Auszug: „Die Erforschung der Lepra als Krankheit und die Erforschung ihrer Bekämpfungsmethoden, die eigentlich nur in einem Lepra-Hospital möglich ist, liegt uns sehr am Herzen.“

tung. Es gab zwar eine zeitweilige Kooperation, die dann aber von Seiten des DAHW aufgekündigt wurde.⁴⁸⁵

Schwenkt man den Blick auf die Gynäkologie, so lässt sich eine spezifische Chance der Missionen erkennen. Jennings z.B. stellt heraus, dass das kirchliche Engagement im Bereich Mutterschaft und Geburt nicht nur auf christliche Beweggründe zurückzuführen ist, sondern auch darin begründet liegt, dass die lokale Verfügbarkeit der Missionen und ihre Stellung zu bzw. innerhalb der lokalen Gemeinschaften eine fruchtbringende Gesundheitsarbeit ermöglichte, da es ihnen besser gelang, einen kulturell angepassten Zugang auf emotionaler und sozialer Ebene zu den Einheimischen aufzubauen als den Kolonialverwaltungen.⁴⁸⁶

Untersucht man die Dokumente der GMH zum Thema Geburtshilfe und Gynäkologie, zeigt sich eine gewisse Kontinuität zur Zwischenkriegszeit in Jennings Argumentation. Die GMH und das MI gingen von der Annahme aus, dass gerade Schwangere und Mütter mit ihren Kindern aus Sorge um deren Wohl unter den ersten wären, die die Missionshospitäler wie das in Shrirampur aufsuchten.⁴⁸⁷ Dass man auch in Eikwe, als einem Beispiel für Afrika, ein besonderes Augenmerk auf die medizinische Versorgung von Frauen und Kindern richtete, zeigt die Tatsache, dass von 95 Krankenhausbetten 30 für Kinder und 10 Betten für Mütter mit speziellen Kinderbetten bereit gehalten wurden.⁴⁸⁸

Im kulturellen Kontext Indiens und Pakistans wurde die gynäkologische Fürsorge von Frauen durch Frauen vorgenommen. So war neben der Geburtshilfe und der Krankenpflege durch Frauen v. a. auch eine ärztliche Ansprechpartnerin für die Patientinnen wichtig, was durch die Missionsärztinnen gewährleistet wurde. Denn manche Frau lehnte die Behandlung durch einen männlichen Arzt ab.⁴⁸⁹ Deshalb wurde – was sich in Jhansi und Shrirampur zeigen lässt – eine Missionsärztin für gynäkologische Untersuchungen gebraucht, da die Moralvorstellungen der Einheimischen nur eine unbefriedigende ärztliche Betreuung durch Männer erlaubten. In diesem Zusammenhang schreibt Dr. Sachs aus Shrirampur im Jahr 1957: „Es sind sehr viele Frauen, die wegen Unter-

⁴⁸⁵ Projekt 8 Chetpet. Archivbox I. Mappe d Dr. Maria Aschhoff Briefe 1980–1999. Brief von Dr. Fleischer an Frau Dr. Aschhoff vom 02.01.84.

⁴⁸⁶ Jennings, M.: „A Matter of Vital Importance”: The Place of the Medical Mission in Maternal and Child Healthcare in Tanganyika, 1919–39 (2006), S. 247.

⁴⁸⁷ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 25.07.54.

⁴⁸⁸ Projekt 5 Eikwe. 5 d Reports – Bau. Annual Report 1982, S.1.

⁴⁸⁹ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief von Heinz Kronschnabel vom 25.07.54.

leibsbeschwerden, Kinderwunsch zu uns, d.h. zu mir kommen. Selbst innerlich untersuchen kann ich nur ganz einzelne, fast alle erlauben es einem Mann nicht. So bleiben diese Untersuchungen an Sr. Hilde hängen, für uns beide eine sehr starke und manchmal untragbare Belastung unserer Verantwortung.“⁴⁹⁰

In Bezug auf normale Geburten in den Missionshospitälern erwiesen sich die Erwartungen der GMH und des MI als übertrieben. So zeigte es sich in Shrirampur, dass die Anzahl an problemlosen Entbindungen merklich unter den Erwartungen blieb, da die Frauen meist nur im Falle pathologischer Geburten das Krankenhaus aufsuchten.⁴⁹¹

Zusammenfassend lässt sich für diesen Abschnitt festhalten, dass das Missionskrankenhaus ein zentraler Ort war, an dem das Verhältnis von naturwissenschaftlich basierter Medizin und christlichem Glauben verhandelt wurde. Dabei spielten die Überzeugungen und Interessen unterschiedlicher Beteiligter wie MI, GMH, kirchlicher und weltlicher Geldgeber sowie kirchlicher Autoritäten vor Ort eine Rolle. Die Auswirkungen dieses jeweiligen Verhältnisses zeigen sich im Bereich der Personalpolitik, der Planung von Missionshospitälern, des behandelten Krankheitsspektrums und des der einheimischen Bevölkerung zur Verfügung gestellten Gesundheitsangebots einschließlich selbst auferlegter Beschränkungen, bei der Gründung einheimischer Zweige der GMH sowie bei der Übergabe der Gesundheitseinrichtungen.

⁴⁹⁰ Archivbox S1 Dr. Sachs Otmar. Brief von Dr. Sachs an den Direktor des MI P. Eugen Prucker vom 09.02.57.

⁴⁹¹ Archivbox K5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 25.07.54.

13. Traditionelle Gesundheitsvorstellungen versus westliche Medizin aus dem Blickwinkel religiöser Gesundheitsfachkräfte

Die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen waren – in regional unterschiedlichem Maße – nicht die alleinigen Gesundheitsanbieter. Es existierten je nach Gegend staatliche Einrichtungen, Einrichtungen anderer Konfessionen und immer Gesundheitsanbieter aus dem Bereich traditioneller Heilkunde. Die Schwestern der GMH selbst handelten und dachten in den Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen westlicher Medizin, wie das ebenso auf europäisches Personal in den Einrichtungen anderer christlicher Bekenntnisse und staatlicher Einrichtungen im postkolonialen Zeitraum zutraf. Die Gesundheits- und Krankheitsmodelle der ansässigen Bevölkerung bauten jedoch stark auf traditionellen Erklärungsmodellen auf, die häufig einen religiös-spirituellen Ansatz verfolgten. In der Forschungsliteratur finden sich zu diesem Themenkomplex verschiedene Positionen.

So argumentiert Gründer, dass die religiösen Überzeugungen der handelnden Personen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Bezug auf Körper- und Krankheitsvorstellungen sowohl der heilenden Personen als auch das der Geheilten in den Missionsländern prägten.⁴⁹² Für die Missionsmedizin im 19. Jhd. war Krankheit nicht nur Folge biologischer Abläufe innerhalb des menschlichen Körpers, sondern auch Ausdruck der aus christlicher Sicht unmoralischen Lebensführung der lokalen Bevölkerung. So musste – wie Hardiman eindrücklich darlegt – Krankheit sowohl auf biomedizinischer als auch auf geistig religiöser Ebene begegnet werden.⁴⁹³ Missionarische und medizinische Tätigkeit waren zwei Seiten der gleichen Medaille.

Hinzu kam, dass unter Missionaren – wie Bruchhausen argumentiert – eine gewisse Skepsis gegenüber der „akademischen“ Medizin bestand und man in kirchlichen Kreisen der Naturheilkunde gewogen war. Dies ergab sich laut Bruchhausen aus der säkularen und materialistischen Ausrichtung des akademischen Diskurses in der Medizin des 19. Jahrhunderts, die kirchliche Kreise irritierte und abschreckte.⁴⁹⁴

⁴⁹² Nach Gründer (1982), vgl. Schulte, F.: Heil und Heilung (1998), S. 8f..

⁴⁹³ Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 5f..

⁴⁹⁴ Bruchhausen, W.: Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century (2009), S. 177.

Dirar kommt in seiner Analyse über die Gesundheitspolitik der Kappuziner in Eritrea zu dem Schluss, dass die Gesundheitsarbeit dem Zweck diene, die einheimische Bevölkerung zum christlichen Glauben zu bekehren. Er argumentiert, dass die Missionare dabei nur wenig über die traditionelle Medizin wussten, sich mit ihr nicht eingehend auseinandersetzten und sie durch Stereotype, die nicht frei von Vorurteilen waren, charakterisierten.⁴⁹⁵ Die Abgrenzung zwischen Missionar und Zumissionierendem sowie zwischen traditioneller und moderner Medizin war wichtig.

Auch im spanischen Kolonialreich wurden Krankenhäuser für die einheimische Bevölkerung mit dem Ziel errichtet, die Zahl der Konvertiten zum christlichen Glauben zu erhöhen – wie der Medizinhistoriker Harrison feststellt.⁴⁹⁶ Harrison weist am Beispiel Indiens darauf hin, dass medizinische Versorgung in nicht unerheblichem Maße außerhalb der Krankenhäuser durch traditionelle Heiler stattfand. In Abgrenzung zum medizinischen Angebot der Missionskrankenhäuser fanden die traditionellen Heiler für sich Lücken gerade im sogenannten „spirituellen“ Bereich der medizinischen Versorgung.⁴⁹⁷

Der Mediziner und Theologe Bruchhausen vertritt die Meinung, dass Missionskrankenhäuser für die traditionellen Heiler ein wichtiger Referenzpunkt waren. War ihr gegenseitiger Umgang anfangs von Missverständnissen, Verdächtigungen und Konflikten bestimmt, entspannte sich – so Bruchhausens Argumentation – nach dem Ende der Kolonialzeit das Verhältnis zwischen Missionskrankenhäusern und traditionellen Heilern. Dies war auf europäischer Seite erst auf der Grundlage von Neuerungen im Bereich von Theologie und Missionskonzepten möglich. Bei der Mehrzahl der traditionellen Heiler Afrikas setzte sich zum gleichen Zeitpunkt die Einsicht durch, dass biomedizinisch ausgerichtete Handlungsmuster westlicher Medizin als effektiv galten. Bruchhausen stellt in diesem Kontext heraus, dass die erreichte Akzeptanz westlicher Medizin auf Seiten der afrikanischen Heiler dazu führte, dass sie selbst biomedizinische Verhaltensweisen nachahmten oder ihren Patienten empfahlen, westliche Medizin in Anspruch zu nehmen.⁴⁹⁸

⁴⁹⁵ Dirar, U. C.: *Curing Bodies to Rescue Souls: Health in Capuchin's Missionary Strategy in Eritrea, 1894–1935* (2006), S. 251.

⁴⁹⁶ Harrison, M.: *Introduction* (2009), S. 7.

⁴⁹⁷ Harrison, M.: *Introduction* (2009), S. 11, 22.

⁴⁹⁸ Bruchhausen, W.: *Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century* (2009), S. 173, 196f..

Anne Digby argumentiert in „Diversity and Division in Medicine. Health care in South Africa from the 1800s“, dass die Missionsmedizin auf westlichen Gesundheitsvorstellungen beruhte. Für die Missionierung der Einheimischen zum Christentum war in der Überzeugung der Missionare der Kolonialzeit ein kultureller Wandel nötig, der beispielsweise im Bereich Reinlichkeit und Hygiene realisiert werden sollte. Aufgrund der geographisch abseits gelegenen ländlichen Standorte kristallisierte sich ein eigenes Profil als Gesundheitsanbieter für nicht Europäer heraus. Digby arbeitet dabei heraus, dass die traditionelle Medizin von den Missionaren eher als Konkurrent denn als ergänzendes Angebot innerhalb des medizinischen Spektrums betrachtet wurde.⁴⁹⁹ Digby stellt heraus, dass sich in den 1960er und 1970er Jahren innerhalb einiger Missionen eine pragmatischere Einstellung bzw. ein diplomatischerer Umgang mit Vertretern der traditionellen Medizin entwickelte. Dabei rückte man aber keineswegs von der Überzeugung der eigenen fachlich medizinischen Überlegenheit ab.⁵⁰⁰

Für die Arzt-Patienten-Beziehung war die Betonung der Unterschiedlichkeit beider in physischer und seelischer Hinsicht charakteristisch, was Hölzl in seiner historisch-anthropologischen Studie über die katholische Missionsmedizin in der Zwischenkriegszeit aufzeigt.⁵⁰¹

Gerade in Afrika herrschte – so argumentiert John Janzen in „The Quest for Therapy. Medical Pluralism in Lower Zaire“ – ein gegenseitiges Unverständnis in Fragen der Entstehung von Krankheiten, deren Ursache in der Vorstellung der einheimischen Bevölkerung „natürlichen“ und „menschlichen“ Ursprungs sein konnte. Je nach Einschätzung der Krankheitsursache durch die Einheimischen wandte man sich an die westliche Medizin bzw. an die traditionellen Methoden der Heiler mit ihren Ritualen und kultischen Handlungen.⁵⁰² Janzen macht deutlich, dass Medikamente, Operationen und stationäre Krankenpflege im Missionskrankenhaus von der Bevölkerung Zaires in Anspruch genommen wurden. In seiner Argumentation führt dies aber nicht zu einer Aufgabe bzw. Ablehnung der traditionellen Medizin, sondern vielmehr zu einer Ergänzung.⁵⁰³

Ähnliches stellte Ranger in seiner Studie in Zimbabwe fest. So schreibt er:

⁴⁹⁹ Digby, A.: Diversity and Division in Medicine (2006), S. 30, 334f..

⁵⁰⁰ Digby, A.: Diversity and Division in Medicine (2006), S. 343.

⁵⁰¹ Hölzl, R.: Der Körper des Heiden als moderne Heterotopie (2011), S. 56.

⁵⁰² Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 36; Janzen, J.: The Quest for Therapy in Lower Zaire (1978), S.

67.

⁵⁰³ Janzen, J.: The Quest for Therapy in Lower Zaire (1978), S. 3, 8f..

„Paradoxically, then, diseases of God were the sphere of herbal and other secular remedies; diseases of Man were the sphere of spiritual treatment of diseases, since the afflictions themselves were caused by actions of the spirits.“⁵⁰⁴

Beispielhaft für diesen Sachverhalt ist ebenso die Aussage afrikanischer Schuljungen über deren Verhältnis zu westlicher und traditioneller Medizin aus dem Jahr 1928, die Terence Ranger in seinem Aufsatz „Godly Medicine“ darstellt:

„European medicine is very good if a man gets yaws (but) we have some very big diseases and Europeans cannot cure them. They cannot cure elephantitis and they cannot cure snake bites, but African doctors can. If you have been bewitched by evil spirits ... Europeans cannot cure you, but African medicines can cure these diseases at once.“⁵⁰⁵

In diesem Zusammenhang hebt Digby in „Diversity and Division in Medicine“ hervor, dass afrikanische Patienten selbst entschieden und auswählten, ob sie bei einer Krankheit – abhängig von der eigenen Überzeugung der Krankheitsursache – die Dienste westlicher oder traditioneller Medizin in Anspruch nahmen.⁵⁰⁶

Die Pflegehistorikerin Mann Wall stellt heraus, dass die Missionskrankenhäuser häufig in bestimmten Gegenden die einzigen Gesundheitseinrichtungen waren, die westliche Medizin der einheimischen Bevölkerung anboten und diesen dadurch erst einen Zugang zur westlichen Medizin schufen.⁵⁰⁷

Sweet betont in ihrem Aufsatz „Mission Nursing in the South African Context: The Spread of Knowledge during the Colonial and Apartheid Periods“, dass die westlichen Gesundheitsfachkräfte sich damit konfrontiert sahen, zu improvisieren und ihr Wissen und ihre erlernten Fähigkeiten den Gegebenheiten einer fremden Umgebung anzupassen, die die eigenen Überzeugungen bisweilen in Frage stellte. Ferner stellt Sweet fest, dass die Afrikaner sowohl die traditionelle als auch die westliche Medizin in Anspruch nahmen.⁵⁰⁸

Bei der Analyse der Dokumente der GMH zu diesem Thema argumentiere ich, dass die religiös-spirituelle Ebene der Krankheitserklärung aus einer unchristlichen unmorali-

⁵⁰⁴ Hardiman, D.: Introduction (2006), S. 36.

⁵⁰⁵ Ranger, T.: Godly Medicine (1992), S. 268.

⁵⁰⁶ Digby, A.: Diversity and Division in Medicine (2006), S. 33.

⁵⁰⁷ Wall, B. M.: Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980 (2013), S. 92.

⁵⁰⁸ Sweet, H.: Mission Nursing in the South African Context: The Spread of Knowledge during the Colonial and Apartheid Periods (2013), S. 155.

schen Lebensführung heraus – wie für die Missionsmedizin im 19. Jhd. bekannt – in den Kreisen der GMH in der postkolonialen Zeit nicht existierte. Aus der Motivation als katholische und damit religiöse Personen heraus findet eine Umdeutung von westlicher Medizin und katholischem Glauben im Sinne einer Synthese statt. Naturwissenschaftliche Krankheits- und Gesundheitsmodelle waren anerkannt und wurden nicht in Frage gestellt. Die Gesundheitsfachkräfte der GMH betrachteten sich selbst als Repräsentanten westlicher Medizin. Wie im Kapitel „Das Missionshospital als Ort von Glaube und Medizin“ gezeigt, wurde von Seiten der GMH auf eine missionarische Evangelisierung in Worten – wie sie Dirar zum Thema hatte – verzichtet. Die Gesundheitsarbeit sollte Ausdruck ihres katholischen Glaubens sein. In Bezug auf die Rolle, die der christliche Glaube einnehmen sollte, lässt sich feststellen, dass die Modernisierungstheorie allgemein und auch innerhalb der GMH und des MI als übergeordnete Handlungsmaxime akzeptiert war. Daraus folgte die Überzeugung, dass sich eine Entwicklung der Gesellschaften der ehemaligen Kolonialgebiete hin zu gesellschaftlichen Bedingungen der westlichen Staaten vollziehen werde und vollzog. Traditionelle Gesellschaftsstrukturen mit ihren Wertesystemen lösten sich demnach in diesem Prozess der Implementierung westlicher Zivilisation auf, die schon zu Kolonialzeiten begonnen hatte. Diese Entwicklung wurde als unaufhaltsam eingestuft. Gleichzeitig bedingte der Kontakt mit westlicher Lebensweise und Zivilisation das Entstehen neuer Krankheiten. Genau in diesem Bereich setzte die Umdeutung des Krankheitsverständnisses der Missionsmedizin des 19. Jhd. hin zu einem neuen Modell an. Es war nicht mehr die traditionelle Lebensführung, die zu Krankheiten führte, weil sie unmoralisch war oder als innerer Seelenkonflikt beurteilt wurde – wie es noch in der Missionsmedizin des 19. Jhd. gesehen wurde. Es war vielmehr die Wertelosigkeit als Folge sich auflösender traditioneller Wertesysteme und Gesellschaftsstrukturen und die daraus resultierenden Verhaltensweisen, die zu Krankheiten führten. Als Ursache für das Auflösen traditioneller Wertesysteme und gesellschaftlicher Strukturen wurde der Kontakt mit westlicher Zivilisation gesehen, der als unausweichlich und nicht zu vermeiden beurteilt wurde. Diese Lücke sollte der christliche Glaube füllen und zur Etablierung eines neuen Wertesystems, nämlich des Christlichen, beitragen. Im Bereich der Medizin bedeutete Kontakt mit westlicher Zivilisation ein sich Etablieren und Durchsetzen westlicher Medizin und westlicher Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen. Ein Beispiel für diese Umdeutung findet sich z.B. im Fall der Syphilis.

Selbst in entlegenen Gebieten traten von Europäern nach Afrika eingeschleppte Krankheiten wie die Syphilis auf, die sich rasant ausbreiteten.

Über die Bedeutung und die Auswirkungen von Geschlechtskrankheiten auf die traditionellen Gesellschaftsstrukturen Äquatorialafrikas stellt Steven Feierman in seinem Sammelband „The Social Basis of Health and Healing in Africa“ im Kapitel „The Decline and Rise of African Population: The Social Context of Health and Disease“ z.B. folgendes fest:

„Romaniuk (1980; 1967) and Retel-Laurentin (1974a, b, 1979a, b) agree that sexually transmitted diseases were the major cause of infertility. Retel-Laurentin emphasises the role of syphilis, but gonorrhea is a more likely cause of infertility (Belsey 1976). Sexually transmitted diseases appear not to have spread widely before the nineteenth century. Harms describes how syphilis, spreading from the coast in the 1880s, was so deeply feared that local African judges could impose the death sentence on women who slept with Europeans (Harms 1981, 181–183).“⁵⁰⁹

Das Missionskrankenhaus Fatima Hospital in Zimbabwe beispielsweise verfügte über effektive Medikamente gegen die Syphilis und konnte so der Krankheit vehement entgegenreten. Für deren Ausbreitung wird von Seiten des Missionspersonals die Auflösung der traditionellen Strukturen verantwortlich gemacht. So heißt es beispielsweise in der Korrespondenz aus dem Jahr 1965:

„Eine böse Seuche, die im Ansteigen begriffen ist, ist die Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten. Die Abkehr von den alten Stammesgesetzen, der Zerfall der Familien durch die Arbeit der Männer fern von der Heimat, das Leben in großen Compounds, dies alles begünstigt diese Krankheiten.“⁵¹⁰

Greift man die Argumentation von Hölzl auf, welche die Unterschiedlichkeit von europäischem Gesundheitspersonal und farbigen Patienten in physischer und psychischer Hinsicht in der Zwischenkriegszeit betonte, lässt sich erkennen, dass dazu eine Kontinuität in der Nachkriegszeit existierte. Dies wird gerade im Bereich der Hygiene deutlich, die für die Entstehung vieler Krankheiten verantwortlich gemacht wurde. Belege dafür finden

⁵⁰⁹ Feierman, S.: The Decline and Rise of African Population (1992), S. 28.

⁵¹⁰ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe b) Zimbabwe Fatima. Jahresbericht Fatima Hospital / Bulawayo / Rhodesia 1965.

sich in der Korrespondenz. So wird beispielsweise in einem Antrag aus Zimbabwe im Jahr 1971 vermerkt:

„Wegen mangelnder Kenntnisse der Bewohner dieses Gebietes in Fragen der allgemeinen Hygiene und der Ernährung ist Unterernährung sehr verbreitet. Der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung ist daher schlecht. Vorwiegend bedingt durch Mangel- und Unterernährung liegt die Säuglings- und Kindersterblichkeit bei ca. 30%.“⁵¹¹

John Janzens Argumentation, dass ein gegenseitiges Unverständnis zwischen Missionspersonal und einheimischer Bevölkerung in Bezug auf Krankheitsursachen und -entstehung sowie die Notwendigkeit bestimmter medizinischer Maßnahmen bestand, lässt sich bei der Analyse der Dokumente der von der GMH betreuten Einrichtungen sowohl in Indien als auch in Afrika bestätigen. Hinzufügen möchte ich noch die These, dass dieses gegenseitige Unverständnis die Implementierung krankenzentrierter Gesundheitsstrukturen im Sinne der Umsetzung westlicher Medizin erschwerte. Der Zulauf an Patienten zu den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen entwickelte sich zwar positiv, woraus sich schließen lässt, dass die Arbeit der deutschen Ärzte und Schwestern von der Bevölkerung, v. a. der armen Bevölkerung, die von der kostengünstigen bzw. kostenlosen Behandlung profitierte, geschätzt wurde und diese sich gut betreut sah. Der Mehrzahl der Patienten aber erschloss sich jedoch nicht, warum die deutschen Ärzte und Schwestern ohne ersichtlichen wirtschaftlichen Vorteil in entlegenen Gebieten Indiens und Afrikas arbeiteten. In Shrirampur beispielsweise vermuteten die Patienten, dass es in Deutschland nicht genug Arbeit für die GMH und die Missionsärztinnen des MI gebe. So schrieb die Ärztin Elisabeth Kronschnabel: „Die Inder fragten immer wieder: Warum seid ihr zu uns gekommen, habt ihr zu Hause in Deutschland keine Arbeit bekommen?“⁵¹² Dass Menschen im Auftrag eines Gottes die Heimat verließen, um den Kranken Hilfe zu bringen, was die Intention dieser deutschen Katholiken darstellte, war für die indische Bevölkerung nicht eingängig. Bestimmte Verhaltensweisen der einheimischen Bevölkerung beeinträchtigten den Krankenhausbetrieb der Missionshospitäler und führten zu Unverständnis beim europäischen Gesundheitspersonal, was sich anhand eines Beispiels aus Shrirampur belegen lässt. So begleitete für gewöhnlich

⁵¹¹ Projekt 2 Zimbabwe. Mappe c) Zimbabwe, St. Luke's, Bulawayo Hospital. Neuantrag Erweiterung des Krankenhauses auf der St. Paul's Mission in Lupane vom 19.04.71, S. 2.

⁵¹² Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. undatierter Brief von Elisabeth Kronschnabel.

eine große Zahl von Angehörigen die Kranken ins Hospital, und im Falle einer stationären Aufnahme blieben sie ebenfalls im Krankenhaus, um sich um ihre Angehörigen zu kümmern. Dies führte regelmäßig zu Platzmangel und erschwerte es darüber hinaus, die hygienischen Standards im Krankenhausbetrieb aufrecht zu erhalten. Die Verpflegung der Patienten mit Nahrungsmitteln übernahmen deren Angehörige. Dies geschah zum einen aus Kostengründen und zum anderen entsprang es den Anforderungen des Kastensystems. So durfte ein Angehöriger einer höheren Kaste kein Essen zu sich nehmen, das von einem Angehörigen einer der untersten Kasten gekocht worden war. Gewisse Verhaltensweisen der einheimischen Bevölkerung erschwerten zudem explizit den Aufbau einer krankenhauszentrierten Gesundheitsversorgung. Davon ließ sich die Bevölkerung auch nicht abbringen, wofür die Schwestern der GMH kein Verständnis aufbringen konnten, es aber akzeptieren mussten. Exemplarisch sei ein Auszug aus einem Brief aus dem Kongo von 1969 angeführt:

„Wenn wir jedem Krankenruf folgen wollten, könnten wir den ganzen Tag unterwegs sein. Das geht nicht. Die Familien sollen ihre Kranken ins Hospital tragen, das wollen und tun sie nicht, dafür tragen sie Leichen x km weit, haben Zeit und Geld für lange Trauerwochen. Oder wenn ein Patient nicht schnell gesund wird im Hospital, reicht die Kraft auch aus ihn zum Buschdokter zu tragen. [...] Im Hospital stehen viele leere Betten, die Leute gehen lieber zum Buschdokter. Allerdings ist der Aufenthalt im Hospital auch eine teure Sache. Pro Tag 10 K, das ist ein Tageslohn für einen Arbeiter.“⁵¹³

Die Haltung der indischen Patienten in medizinischen Fragen lässt sich in der Zusammenschau der Dokumente dadurch charakterisieren, dass sie einen Arzt erst in einem späten Krankheitsstadium aufsuchten. Mehr noch als durch die ökonomische Lage – die medizinische Versorgung im Missionshospital war sehr kostengünstig oder kostenlos – war dies durch deren Mentalität bedingt. Brachten die medizinischen Maßnahmen keine schnelle Besserung oder Linderung, blieben sie dem Hospital fern bzw. wechselten den Arzt. Ein richtiges Bewusstsein für die Schwere einer Krankheit und die Notwendigkeit einer Behandlung fehlte aus der Perspektive eines Europäers vielen. Dies soll am Beispiel eines indischen Lehrers, der damit zur gebildeteren Schicht in Shrirampur gehörte und der an Tuberkulose erkrankt war, gezeigt werden:

⁵¹³ Archivbox GMH 2. Brief von Sr. Elisabeth Mager an den P. Direktor Urban Rapp aus Poko vom 20.02.69.

„Der Master hat eine offene Tbc. und die ganze Familie mit Ausnahme des ältesten Sohnes hat er infiziert. Sie leben aber gemütlich weiter zusammen, als wenn eine Tuberkulose ein Schnupfen wäre“, schreibt der Missionsarzt Dr. Kronschnabel 1954 in die Heimat.⁵¹⁴

Die Tuberkulose war in vielen Projekten eine häufige Krankheit und wurde z.B. in die Präventionspläne des Hospitals in Shevgaon integriert. Dabei erwies sich die Compliance der Patienten als Problem. Es war schwierig die langen Einnahmezeiten bestimmter Medikamente zu erreichen, da der lokalen Bevölkerung die Einsicht in eine dauerhafte Einnahme fehlte. So heißt es in einem Bericht von 1980 aus Shevgaon:

„From the beginning of our work one of our biggest problems is, how to tackle the treatment and prevention of Tuberculosis in a more effective way. In a survey last year we found out that 80% of Tb patients drop out and discontinue their treatment before they are cured and the resistant cases are increasing rapidly. [...] We are going to conduct special Tb-clinic, with teaching, follow-up, rehabilitation, screening of the population for undiagnosed cases and giving of BCG vaccination. By adopting the government system of close follow-up of Tb-cases, we hope to reduce the failure rate by 50%.“⁵¹⁵

Es stellte sich nicht nur als Schwierigkeit heraus, die Patienten dazu zu bringen, regelmäßig ihre Medikamente einzunehmen und zu Kontrolluntersuchungen zu erscheinen, sondern es war für den Krankenhausbetrieb problematisch, dass sich bestimmte Patientengruppen nicht stationär behandeln lassen wollten. So finden sich in einem Rundbrief aus Namibia aus dem Jahr 1977 Stellen wie diese:

„Außerdem starteten wir eine neue Tb-aktion, d. h. alle weggelaufenen und alten Tb's sollen aufgestöbert und untersucht werden. Es ist mühsam, denn die Leute selbst haben herzlich wenig Interesse daran. Ich erwähnte es bereits früher: wenn es ihnen besser geht, laufen sie weg oder kommen nicht mehr, um ihre Medizin als Außenpatienten zu holen. Bei den Buschmännern ist es ganz aussichtslos; ein großer Prozentsatz ist hoffnungslos an Tb erkrankt, aber sie bleiben nicht im Hospital.“⁵¹⁶

Diese Inkongruenz im Verständnis über Krankheit und deren Behandlung zeigt sich in einem weiteren Bereich. Denn aus den Dokumenten lässt sich ableiten, dass der „indi-

⁵¹⁴ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Brief vom 15.10.54.

⁵¹⁵ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hospital Report 1980.

⁵¹⁶ Archivbox GMH 1 Schwester Eschhaus Margret. Rundbrief vom 03.03.77.

sche Patient“ zunächst versuchte, seine Krankheit selbst mit Hausmitteln zu kurieren. Kam er ins Krankenhaus, so setzte er all seine Hoffnung in die deutschen Medikamente. Ambivalent war seine Einstellung zu invasiven Eingriffen. Während die Gabe von Medikamenten in Form von Spritzen besser angenommen und als wirksamer beurteilt wurde als orale Verabreichung, so herrschte unter den Patienten ein Gefühl von Angst, Abneigung und Skepsis gegenüber dem Risiko-Nutzen-Verhältnis und der Notwendigkeit operativer Eingriffe. Dies verhinderte oft aus ärztlicher Sicht adäquates medizinisches Handeln. Zudem untersagten religiöse Verbote bestimmter Hindugruppen ihren Mitgliedern Operationen.⁵¹⁷ Unkenntnis der Sitten und Bräuche sowie fehlende Kenntnis der Sprache auf Seiten der Behandelnden führten bisweilen zu Missverständnissen. So antworteten die Frauen auf die Frage nach der Menstruation in Shrirampur „Ich sitze regelmäßig draußen.“ Diese Formulierung rührte daher, dass die Frauen während der Menstruation als rituell unrein galten und deswegen das Haus verlassen mussten.⁵¹⁸ Dies wurde aber zunächst von den medizinisch Verantwortlichen nicht so interpretiert. Neben der sprachlichen Barriere fand das Gesundheitspersonal auch kulturelle Gegebenheiten vor, die es anzunehmen und zu verarbeiten galt. So schreibt Sr. Christine Ott 1952 aus Shrirampur folgende Zeilen über das Erlebnis einer indischen Hochzeit in die Heimat: „Schon am nächsten Abend ging es im Jeep zu einer Hochzeit. Vor der Hütte wurde das Paar, das mit buntem Flitter bekränzt und behängt war, getraut. Trotz der katholischen Trauzeremonie mutete uns das alles mehr heidnisch an. Nachher mussten wir auch das Hochzeitsmahl versuchen. In der Hütte hockten wir am Boden und aßen nach indischer Art und Weise mit den Fingern. Besonders gut war es nicht und wir waren froh als es vorbei war. Inzwischen haben wir noch öfter Taufen, Hochzeiten und andere Feiern bei den Eingeborenen erleben können.“⁵¹⁹

Bei der Gesundheitsarbeit und insbesondere der Gesundheitserziehung sahen sich die Schwestern der GMH mit aus europäischer und naturwissenschaftlicher Sichtweise falschen Gesundheitsvorstellungen der einheimischen Bevölkerung konfrontiert, die sie durch Aufklärung zu ändern versuchten. So glaubten die Menschen in der Region um Shevgaon, dass Fehlgeburten durch die Gottheit Asra und Unterernährung bei Kindern

⁵¹⁷ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. Vortrag von 1958.

⁵¹⁸ Archivbox K 5 Kronschnabel Heinz und Elisabeth. undatierter Brief von Elisabeth Kronschnabel.

⁵¹⁹ Archivbox GMH 3. Brief von Sr. Christine Ott an Frä. Scharper vom 26.05.52 aus Rahata.

durch die Gottheit Karni verursacht wurden, die die Einheimischen durch Gaben und Gebete zu besänftigen versuchten.⁵²⁰ Dass es schwierig, aber möglich war, solche traditionellen Gesundheitsvorstellungen zu beseitigen, bezeugen die Dokumentente. Ein Projektbericht aus Shevgaon von 1980 beschreibt diese Situation:

„A bathing ditch is dug near the postnatal mother's bed (1–2 feet deep) for bathing and toilet of the mother. Postnatal mother is not allowed to come out of her room for 12 days, because of Goddess Sati and Asra who would possess or cause some calamities to her or the child, if the woman goes out. [...] But now practically in all villages where we go, we see few postnatal mothers who succeeded to overcome this belief.“⁵²¹

Diese traditionell verwurzelten Gesundheitsvorstellungen führten bei manchen Personen dazu, dass sie das Gesundheitsangebot der Missionshospitäler wie das des Nityaseva Hospital in Shevgaon nicht annahmen oder verweigerten. Die Schwestern der GMH ihrerseits standen der traditionellen Medizin eher skeptisch gegenüber. Eine Parallele zu Digbys Argumentation, dass sich eine pragmatischere Haltung gegenüber der traditionellen Medizin etablierte, lässt sich ebenso innerhalb der GMH konstatieren. Interessiert zeigte man sich am Wissen der Herbalisten. Ansonsten dominierte eine ablehnende Haltung gegenüber dem traditionellen Gesundheitsverständnis auf der Grundlage der Überzeugung eigener fachlicher Überlegenheit. Dadurch war es nicht möglich, bestimmte psychologische und rituelle Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung bei der Behandlung zu erfüllen, was zu Reaktanz und einer Hinwendung zu althergebrachten Heilmethoden auf Seiten der einheimischen Bevölkerung führte. Beispielhaft sei ein Auszug aus einem Bericht aus Shevgoan angeführt:

„Most people are still highly superstitious and have quite a lot of faith in evil spirits, sorcery and the like. This in turn means that even if medical care is available, people are gullible prey to such fake doctors, and are reluctant to seek good treatment.“⁵²²

Wollte man diesen Patienten helfen, musste man gewisse rituelle Verhaltensweisen in den Alltag eines nach westlichen Standards ausgerichteten Krankenhauses integrieren oder den Heilern der traditionellen Medizin diese Patienten überlassen. Dass dies kei-

⁵²⁰ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hospital Report 1980.

⁵²¹ Projekt 3b Shevgaon. Mappe a Shevgaon Nityaseva. Community health programme of Nityaseva Hospital Report 1980.

⁵²² Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Bericht Nityaseva Hospital, S. 2.

neswegs eine neue Verhaltensweise war, lässt sich anhand eines eindrücklichen Beispiels nachweisen, das Nancy Rose Hunt in „A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization and Mobility in the Congo“ für das Jahr 1932 schildert:

„By 1932, Gladys Owen had left her work as hospital nurse to marry a fellow missionary, Mr. Parris. They were in Yaongama in the BaMbole forest, when a Congolese evangelist came to them and said that “he felt very ill and wanted to return to his village because the spirit of his dead father had come and told him during the night that in two days he would be very ill and that he must prepare to die.” The teacher spoke of a dream: “He has called me! He came to me in the night and hit me in the back and my back is now so painful that I cannot stand upright.” Gladys Parris explained: “We told him to go to the dispensary where he would receive medicine which would relieve the pain. However after a day or two he got into such a nervous state because the spirit came every night. One morning when he was relating this to the Infirmier, the Infirmier in sheer desperation gave him some disinfectant and said “Sprinkle this round the room before you go to bed and spirit will not come again.” The poor teacher did this and since then he had excellent nights!!”⁵²³

Die Schwestern der GMH sahen sich der Situation gegenüber, dass der eigene Ausbildungsstand, den man als höherwertig und höher stehend empfand und der es nach westlich-naturwissenschaftlichen Kriterien auch war, von der lokalen Bevölkerung nur teilweise so gesehen und akzeptiert wurde. Es folgte daraus eine gewisse Konkurrenzsituation mit den Heilmethoden anderer medizinisch aktiver Berufsgruppen und Einrichtungen der jeweiligen Gebiete um das Wohlbefinden der Patienten, die ihren Ausdruck in der Korrespondenz findet. In diesem Zusammenhang heißt es in einem Bericht aus Shevgaon:

„Yet another factor is that, particularly in the peripheral villages, there are no doctors who have even the basic qualification and so anyone and everyone is free to be a doctor, including laboratory technicians, compounders, malaria workers, nurses or graduates from some of the local Medical Colleges. [...] Because of these “quacks” patients often come regrettably late to the hospital. In addition medicine is often treated as a profession, like any other, so people are charged very heavily for minimal services.”⁵²⁴

⁵²³ Hunt, N.: A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization and Mobility in the Congo (1999), S. 159.

⁵²⁴ Projekt 3b Shevgaon. Mappe b Shevgaon Nityaseva. Bericht Nityaseva Hospital, S. 2f..

Mit der traditionellen Medizin kam man auch im Kongo in Kontakt, akzeptierte sie als Teil der lokalen Gesundheitsversorgung, fand aber kein tieferes Verständnis und Vertrauen. Es wird eher als skuriles Reiseerlebnis, das den Beobachter in längst vergangene Zeiten zurückversetzte, beschrieben. Als Beleg sei ein Auszug einer solchen Schilderung aus einem Reisebericht von 1980 wiedergegeben:

„Die drei ersten Medizinmänner wohnten nicht weit von einander, kannten sich und arbeiteten scheinbar manchmal zusammen. Einer war von seinem älteren Kollegen angelernt worden. Dieser behandelte vor unseren Augen seine ambulanten Patienten. Meistens machte er mit einer Rasierklinge geschickt kleine Einschnitte in die Haut, an verschiedenen Stellen des Körpers [,] in die dann ein wenig „Medizin“ eingerieben wurde. Alle hatten am Anfang ihre Medizinen gezeigt, auch die Wurzeln und Kräuter aus denen sie hergestellt wurden: entweder durch Auskochen oder Verbrennen und das Ganze aufgefüllt mit Erdnussöl. Der Letzte [,] bei dem wir waren [,] hatte als Medizin sogar ein Rückgrat-Wirbel von einer Riesenschlange [...] Bei allen wurde Epilepsie und was für Geisteskrankheiten gehalten wird, mit Augentropfen aus Pflanzenwirkstoffen, vermischt mit Erdnussöl, behandelt. Einer tropfte von einer grünen Blattspitze die Medizin kunstgerecht ins Auge [,] und ich hoffte und betete stets [,] dass die „Medizin“ nicht die Augen schädigen möge. Im Allgemeinen waren sie alle recht aufgeschlossen und freuten sich offensichtlich, dass sie uns was vorführen konnten und wir interessiert waren.“⁵²⁵

Gleichzeitig widersetzten sich die religiösen Gesundheitsfachkräfte der GMH bestimmten Behandlungsmethoden und arbeiteten aktiv gegen sie an, wenn sie diese als offensichtlich schädlich bzw. gefährlich beurteilten. Einer dieser Bereiche waren die Hausgeburten. So strebten die Gesundheitsfachkräfte der GMH an, es zu etablieren, dass sich die Geburten aus dem häuslichen Umfeld in die Krankenhäuser verlagerten. So heißt es 1958 in der ärztlichen Korrespondenz beispielsweise:

„Auch ein neues Entbindungszimmer konnten wir einrichten. Es kommen neuerdings nicht nur pathologische Entbindungen zur Aufnahme, sondern es gehört allmählich zum guten Ton, daß die „Wohlhabenden“ ihre Frauen im Hospital gebären lassen.“⁵²⁶

⁵²⁵ Projekt 1. Mappe Amadi Poko. Reisebericht von Sr. Tilli im Jahr 1983, S. 7.

⁵²⁶ Archivbox F1 Dr. Maria Fisch. Mappe Dr. Fisch Maria II. Brief an den P. Direktor Eugen Prucker vom 20.09.58.

Die traditionelle Medizin wurde aus der Sicht der Schwestern der GMH als rückständig empfunden und teilweise als schädlich eingestuft. Diese Auffassung drückt sich an vielen Stellen in der Korrespondenz aus. Diesbezüglich vermerkt ein Bericht aus Ghana von 1984: „They have purgatives for various diseases such as fever, diarrhea, constipation, vomiting and indispositions during pregnancy. Certainly, often they might be helpful, but usually they do harm to children and pregnant women.“⁵²⁷

Abschließend lassen sich folgende Erkenntnisse für diesen Abschnitt zusammenfassen. Als Mitglieder der Mission und gleichzeitig Gesundheitsfachkräfte der westlichen Medizin ersetzten die Schwestern der GMH Krankheitsvorstellungen der Missionsmedizin des 19. Jhd. durch naturwissenschaftlich-medizinische Erklärungsmodelle. Innerhalb der GMH bildete sich ein Konzept mit funktionaler Differenzierung in zwei Bereiche heraus. Die Diagnose, Behandlung und die zugrunde liegenden Krankheits- und Gesundheitsmodelle waren die der naturwissenschaftlichen Medizin. Die Aufgabe des Christentums lag in der Schaffung eines Wertesystems als Ersatz für die traditionelle Ordnung, die sich im Kontakt mit westlicher Zivilisation auflöste. Die Verhaltensweisen, Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der einheimischen Bevölkerung und die der GMH unterschieden sich. Für die lokale Bevölkerung war das Gesundheitsangebot westlicher Medizin der GMH eine mögliche Option, die nur bei bestimmten Krankheiten in Anspruch genommen wurde. V.a. die Versorgung mit Medikamenten, die darüberhinaus in den kirchlichen Einrichtungen relativ kostengünstig zur Verfügung stand, wurde in Anspruch genommen. Die Gesundheitsanbieter der traditionellen Heilkunde hatten in der lokalen Bevölkerung ihren festen Platz. Fehlendes Wissen bzw. mangelnde Einsicht in die Entstehung und Gefährlichkeit bestimmter Krankheiten wie beispielsweise der Tuberkulose führten zu mangelhafter Compliance bei der Einnahme von Medikamenten oder zu ausbleibender Umsetzung medizinisch indizierter Verhaltensregeln bzw. therapeutischer Maßnahmen aus dem Bereich der operativen Medizin. Gerade dies erschwerte sowohl den Aufbau krankenzentrierter Gesundheitsversorgung als auch die Umsetzung medizinischer Programme im Bereich der präventiven Medizin. Sprachliche und kulturelle Barrieren führten zu missverständlichen Situationen auf beiden Seiten. Das Verhältnis der GMH zur traditionellen Medizin kann als friedliches Nebeneinander ohne tieferes

⁵²⁷ Projekt 5 Eikwe. 5 a Reiseberichte. First report of my work in the Catholic Mission Hospital at Eikwe/Ghana von Dr. Annette Isselstein vom 03.08.84, S.2.

Verständnis für die traditionelle Medizin bezeichnet werden. Die Traditionelle Heilkunde war ein weiterer Wettbewerber auf dem lokalen Gesundheitsmarkt. Stand man den Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen und ihren therapeutischen Methoden mit Ausnahmen im Bereich des Wissens der Herbalisten skeptisch bzw. kritisch gegenüber, zeigte sich ein gewisser Pragmatismus auf Seiten der GMH im Umgang mit der traditionellen Heilkunde. Die GMH war von der eigenen fachlichen Kompetenz und der Richtigkeit naturwissenschaftlicher diagnostischer und therapeutischer Methoden westlicher Medizin überzeugt und vertrat die eigenen Positionen gegenüber der lokalen Bevölkerung in der Hoffnung, durch die geleistete Gesundheitsarbeit und das Gesundheitsangebot, westliche Medizin und christlichen Glauben zu fördern und zu etablieren.

V. Zusammenfassung

In der kirchlichen Krankenfürsorge der Missionsländer bzw. Entwicklungsländer vollzogen sich im postkolonialen Zeitraum Transformations- und Adaptationsprozesse. Im deutschsprachigen Raum war das Missionsärztliche Institut Würzburg eine wichtige und bedeutende Anlaufstelle und ein fachlich anerkannter Ansprechpartner für die Missionsorden und -diözesen bei Themen der Gesundheitsversorgung sowie in Fragen der Gründung bzw. Übernahme von Gesundheitseinrichtungen. Innerhalb des MI war neben dem Missionsärztlichen Bund die Gemeinschaft der Missionshelferinnen im Zeitraum von 1952–1994 eine prägende Kraft. Die Gesundheitsarbeit der GMH vor Ort in den Missionsländern bzw. Entwicklungsländern ist über einen Zeitraum von vier Jahrzehnten in vielen Dokumenten einer internen Korrespondenz der beteiligten Personen des MI, der GMH sowie kirchlicher und nicht kirchlicher Hilfsorganisationen schriftlich fixiert. 109 Schwestern der GMH waren als Gesundheitsfachkräfte in 26 Projekten unterschiedlicher Größe und zeitlicher Dauer in insgesamt 8 Ländern Afrikas und Asiens im Einsatz. Die Notwendigkeit innerhalb dieser Gesundheitseinrichtungen und Missionshospitäler, sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen, lässt sich als dynamische Entwicklung in verschiedenen Teilbereichen und Deutungsebenen der Missionsmedizin, der Entwicklungszusammenarbeit und der außereuropäischen Krankenhausgeschichte charakterisieren. Medizin war dabei Instrumentarium zur Verwirklichung programmatischer Ansätze des jeweils herrschenden Weltbildes sowie Projektionsfläche für die Lebensentwürfe des Gesundheitspersonals. Die Reflexion über den Erfolg des medizinischen Engagements erfolgte nach Maßstäben westlicher Gesundheitsvorstellungen. Der postkoloniale Zeitraum war eine Zeit des strukturellen Umbruchs mit einer Neugestaltung des Verhältnisses der neuen Träger staatlicher Autorität und der kirchlichen Gesundheitseinrichtungen. Ein ambivalentes Denkmuster herrschte auf beiden Seiten vor, mit einer Skepsis vor zu enger gegenseitiger institutioneller Verknüpfung und dem Wunsch nach Zusammenarbeit. In Indien wurden die Gesundheitsprojekte der GMH von staatlicher Seite weder entscheidend gehemmt noch gefördert. Die Integration der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen in die neu entstehenden nationalen Gesundheitsstrukturen erforderte eine Rücksichtnahme auf Befindlichkeiten und Überzeugungen staatlicher Autoritäten. Daraus folgte eine Reduzierung des Missionarischen und eine Betonung des medizinisch-krankenpflegerischen Aspekts kirchlicher Gesundheits-

arbeit im äußeren Erscheinungsbild und in rechtlicher Hinsicht, was sich beispielsweise im Fall der Gesundheitsprojekte in Indien und Pakistan zeigt. In den Einrichtungen Afrikas waren die Bedingungen je nach Land verschieden. Politische und gesellschaftliche Veränderungen prägten die Entwicklung der von der GMH betreuten Einrichtungen Afrikas. Die Einschränkungen in missionarischen Fragen waren in Afrika weniger stark ausgeprägt als in Indien. Die Freiheit im medizinischen Handeln war umfangreicher und die Kontrolle in Visa- und Anerkennungsfragen von Diplomen weniger aufwendig. Rechtssicherheit und Sicherheitslage waren in Afrika nicht dauerhaft garantiert, sodass einige Projekte der GMH in Afrika fluchtartig verlassen werden mussten und keine Nachfolge geregelt werden konnte. Im Zuge dieser sich ändernden Rahmenbedingungen vollzog sich ein Wandel des traditionellen Missionsmedizinbegriffs als Voraussetzung für das Entstehen neuer Gesundheitskonzepte. Im Fokus des neuen Missionsmedizinbegriffs stand das Missionshospital bzw. das kirchliche Gesundheitsprojekt. Dies ergab sich aus der Notwendigkeit einer differenzierteren Auslegung von missionarischem und medizinischem Aspekt der Missionsmedizin, um als Teil der von säkularen Tendenzen dominierten Entwicklungszusammenarbeit der westlichen Staatengemeinschaft wahrgenommen und anerkannt zu werden. Dies führte dazu, dass verstärkt Missionshospitäler neu errichtet und Bestehende ausgebaut wurden. Mit der Etablierung der Missionskrankenhäuser als Gesundheitskonzept war eine offizielle Trennung von medizinischen und missionarischen Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche verbunden, die auch personell vollzogen wurde. So waren die Missionsdiözesen und -orden die entscheidende Instanz in missionarischen Angelegenheiten, wohingegen die Zuständigkeiten in medizinisch-krankenpflegerischen Fragen dem Gesundheitspersonal des MI und der GMH oblagen. Diese Trennung wurde in vertraglicher Form schriftlich fixiert. Die Etablierung der Missionshospitäler stand unter den Bedingungen der Entwicklungsländer beträchtlichen logistischen Anforderungen gegenüber und führte zu einer Abhängigkeit von den Geldern ausländischer Spender. In der Folge der Etablierung von Missionskrankenhäusern mit der Schaffung von Ausbildungszentren wie z.B. Krankenpflegeschulen zeigte sich ein Prozess der Bürokratisierung. Denn die administrativen, organisatorischen, logistischen und rechtlichen Aufgabenbereiche wuchsen innerhalb der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen stetig an. Darüber hinaus forderten die Geld gebenden Organisationen Rechenschaft und institutionelle Kontrolle über die investierten Gelder. Ne-

ben der Bürokratisierung der Missionsmedizin lässt sich als Folge der Etablierung von Missionskrankenhäusern ein Aufschwung der Krankenpflege quantitativ und qualitativ im postkolonialen Zeitraum innerhalb des MI konstatieren. Denn innerhalb eines Krankenhauses herrschte ein hoher Personalbedarf an unterschiedlichsten Berufsgruppen. Gerade das europäische Personal garantierte die institutionelle Kontrolle über die Projekte. Es steht außer Zweifel, dass innerhalb der Krankenpflege eine größere Anzahl an Personen für einen dauerhaften Einsatz in einem Gesundheitsprojekt zu gewinnen war als in der Ärzteschaft. Die Schwestern der GMH waren durch ihren dauerhaften Einsatz Vermittler zwischen gesundheitspolitischen Vorstellungen deutscher Institutionen wie MI und Misereor und den Trägern kirchlicher und staatlicher Autorität in den Missionsländern. Ferner lässt sich bei der Analyse der Dokumente festhalten, dass die Entscheidungsbefugnis der Schwestern der GMH in medizinischen und organisatorischen Fragen weit über die der Krankenschwestern und Hebammen in Deutschland hinausging. Eine Etablierung der Missionskrankenhäuser wäre ohne das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen nicht möglich gewesen. Der massive Ausbau der Missionshospitäler in technischer und personeller Hinsicht verursachte hohe Investitionskosten. Dass man den großen Einsatz an Personal und Material in den 1950er und 1960er Jahren nicht scheute, ist eng mit der Modernisierungstheorie verbunden, die in kirchlichen und nicht kirchlichen Kreisen breite Akzeptanz fand. Der Fortschrittsglaube und der Glaube an die Modernisierung der Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern durch Technisierung und westliche Medizin waren eng mit seiner europäisch hierarchischen Umsetzung verbunden. Man errichtete Missionskrankenhäuser nach westlichem Vorbild mit europäischem Personal. Erfolg zeigte sich im damaligen Verständnis in Behandlungs- und Operationsstatistiken. Ab Mitte der 1970er Jahre konnte und wollte man auf Seiten des MI, der GMH und v.a. auf Seiten der Geld gebenden Hilfsorganisationen wie Misereor die Strategie einer zunehmenden Spezialisierung und Technisierung der Medizin, wie sie sich in rasantem Tempo in den Ländern Europas und Nordamerikas vollzog, nicht mehr unterstützen, wozu neben den hohen Kosten auch die Erfahrung vor Ort beitrug, dass der Einsatz westlicher Medizin unter den Bedingungen eines Entwicklungslandes oft an seine logistischen Grenzen stieß. Das allgemeine Konzept des Krankenhauses wurde nicht in Frage gestellt. Da sich die kirchlichen Geldgeber wie Misereor als Teil der Entwicklungszusammenarbeit begriffen, entwarfen bzw. übernahmen sie für

die von ihnen finanziell unterstützten Missionshospitäler gesundheitspolitische Konzepte der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Die Bewilligung von Geldern machten sie von der Umsetzung ihrer gesundheitspolitischen Strategien und Vorstellungen abhängig. Bei der Frage, wie diese vor Ort in die Gesundheitsarbeit integriert werden sollten, ließ man den Gesundheitsfachkräften der GMH in den Gesundheitseinrichtungen freie Hand. In den 1970er Jahren fand ein Wandel des Begriffs Entwicklung statt, der konkrete Auswirkungen auf die Gesundheitsarbeit vor Ort in den von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen und Missionshospitälern mit sich brachte. Bis dahin wurde Entwicklung über den verbesserten Gesundheitszustand des einzelnen Patienten definiert. Erfolg zeigte sich in der behandelten Patientenzahl, den durchgeführten Operationen und dem technischen Stand der verwendeten diagnostischen und therapeutischen Geräte. Anfang der 1970er wurde der Entwicklungsbegriff abstrakter gefasst. Gesundheit wurde nun als Teil der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen begriffen. Gesundheitsversorgung spielte sich nun nicht mehr ausschließlich im Krankenhaus ab, sondern wurde im Kontext der lokalen bzw. regionalen Gesundheitsversorgung verstanden. Neben dem etablierten entwicklungspolitischen Ansatz, westlich kurative Medizin mit entsprechender Labor- und Hospitaltechnik unter dem Einsatz ausländisch qualifizierten Personals zu praktizieren, kamen nun die gesundheitspolitischen Strategien der Primary Health Care, der Präventivmedizin, der Basisgesundheitsdienste und der Ausweitung des Tätigkeitsspektrums in soziale Bereiche auf. Dies war mit der Hoffnung verbunden, tragfähige und den Entwicklungsländern angemessene Gesundheitsstrukturen zu schaffen. Die Koordinierung von Kapazitäten, Hilfe zur Selbsthilfe, Einbindung und aktive Beteiligung der Bevölkerung und Absicherung der Bedürfnisse der Daseinsvorsorge waren Prinzipien des neuen Gesundheitsmodells, die durch präventivmedizinische Maßnahmen erreicht werden sollten. Europäische Organisations- und Handlungsmuster des Modells der krankenhauszentrierten kurativen Krankenversorgung waren in der neuen Strategie nicht mehr vorgesehen. In den von der GMH betreuten Einrichtungen führte dies zu einer Ergänzung der bisherigen kurativen Versorgung um präventive Elemente. Beispielsweise wurden Basisgesundheitsdienste aufgebaut. In den 1980er Jahren begannen die Konzepte kurativer und präventiver Medizin um die begrenzten finanziellen Ressourcen zu konkurrieren. Diese Situation wurde vom Gesundheitspersonal der GMH vor Ort als existenzbedrohend für einige Missionshospitäler

wahrgenommen. Ferner war der Erfolg des eigenen medizinischen Handelns auf der lokalen bzw. regionalen Ebene für das Gesundheitspersonal vor Ort mit dem neuen Entwicklungsbegriff weniger überprüfbar. Sowohl im kurativen als auch im präventiven Bereich wurde der Einsatz einheimischen Personals in zunehmendem Maß innerhalb von MI und GMH im untersuchten Zeitraum ins Auge gefasst und von den Geld gebenden Organisationen wie Misereor gefordert. Generell lässt sich festhalten, dass seit der Gründung der von der GMH betreuten Gesundheitsprojekte sich eine Indisierung vollzog. In den 1950er und 1960er Jahren wurde indisches Personal v.a. als Hilfskräfte aus der logistischen Notwendigkeit heraus, die sich aus dem raschen Wachstum der Missionshospitäler ergab, eingestellt. Vakanzzeiten von Arztstellen in den Missionshospitälern wurden durch indische Ärzte überbrückt, sodass die erste indisierte Berufsgruppe innerhalb der von der GMH betreuten Gesundheitsprojekte die Ärzteschaft Anfang der 1970er Jahre war. Die Forderung nach einer Indisierung der Projekte von Seiten der Geld gebenden Organisationen wie Misereor war mit der Hoffnung verbunden, die Projekte langfristig unabhängig von ausländischen Spendengeldern zu machen. Schrittweise bis zur Übergabe der Leitung der Gesundheitsprojekte in den 1990er Jahren wurden alle Berufsgruppen indisiert. Eine vergleichbare Afrikanisierung der von der GMH betreuten Projekte lässt sich nicht nachweisen. Dies ist eng mit strukturellen Voraussetzungen in den jeweiligen Ländern verbunden. Das fluchtartige Verlassen einiger Projekte im Zuge von Aufständen und bürgerkriegsähnlichen Zuständen, fehlende Leitungsverantwortung in Regierungshospitälern, die Rahmenbedingungen innerhalb des Apartheidsystems oder die zeitliche Begrenzung bestimmter Basisgesundheitsdienste sind die Gründe dafür. Die GMH bildete einheimisches Personal im Bereich der Krankenpflege, der Basisgesundheitsdienste, der Lepraarbeit und gemeindebezogener Dienste aus. Das einheimische Personal war ein wichtiges Bindeglied zwischen der lokalen Bevölkerung und den ausländischen Gesundheitsfachkräften. Die Ausbildung trug ihren Teil dazu bei, dass entwicklungs- und gesundheitspolitische Ziele in den 1950er und 1960er Jahren im Sinne der Modernisierungstheorie und danach im Sinne der Primary health care und der Präventivmedizin realisiert wurden. Das Missionshospital war darüber hinaus nicht nur Ausbildungsort, sondern auch Ort des Wissensaustausches. So existierte beispielsweise eine Forschungsgruppe zur Lepra und manche von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen meldeten Beobachtungen zu bestimmten Krankheiten nach

Europa, was sich z.B. im Falle von Resistenzen gegenüber Medikamenten zeigt. Ziel der von der GMH betreuten Missionshospitäler war es, Wissen der westlichen Medizin und Krankenpflege weiterzugeben, dafür Akzeptanz in der Bevölkerung zu gewinnen und einen Beitrag beim sozioökonomischen Wandel der jeweiligen Region zu leisten. Die nach karitativen und sozialen Gesichtspunkten ausgerichtete Preispolitik der Missionshospitäler mit der teilweise kostenlosen Bereitstellung von Untersuchungen, Behandlungen und Medikamenten wurde von Hilfsorganisationen subventioniert, die allerdings die Gelder für Investitions- und Betriebskosten knapp kalkulierten. Daraus ergab sich ein Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und dem an der armen Bevölkerung orientierten karitativen Engagement. Die Abhängigkeit von ausländischen Geldern, die im Widerspruch zur Forderung nach mehr Selbständigkeit und finanzieller Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Übergabe an einheimisches Gesundheitspersonal stand, führte zu inneren Konflikten beim Gesundheitspersonal der GMH. Die Preispolitik mit ihrem Kostendruck beinhaltete ein Konfliktpotential mit den lokalen Gesundheitsanbietern. Neben der GMH und anderen Gesundheitsanbietern staatlicher und privater Gesundheitseinrichtungen anderer Konfessionen als Repräsentanten westlicher Medizin traten Vertreter der traditionellen Medizin als Gesundheitsanbieter in der jeweiligen Region auf. Denn innerhalb der einheimischen Bevölkerung herrschten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen vor, die auf Erklärungsmodellen traditioneller Heilkunde mit religiös-spirituellen Dimensionen beruhten. Traditionell religiös beeinflusste Auffassungen der Missionsmedizin bzgl. der Krankheitsentstehung aus unmoralischem Verhalten heraus wurden innerhalb der GMH nicht mehr vertreten. Ihre Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen basierten auf den Erkenntnissen der naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Die Rolle des Christentums wurde nicht im medizinisch therapeutischen Sinne begriffen. Seine Aufgabe wurde vielmehr darin gesehen, den Platz der Wertesysteme traditioneller Gesellschaftsstrukturen einzunehmen, die sich im Sinne der Modernisierungstheorie zwangsläufig auflösten. Unterschiede in der Auffassung von Ätiologie und Pathogenese von Krankheit und der daraus abgeleiteten diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise zwischen den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen des Gesundheitspersonals der GMH und der einheimischen Bevölkerung sind zu konstatieren. Für die einheimische Bevölkerung der untersuchten afrikanischen und asiatischen Regionen war westliche Medizin in unterschiedlichem Maße nur eine Form der Gesundheitsver-

sorgung unter anderen, der man in bestimmten Bereichen Vertrauen schenkte und sie in Anspruch nahm. Alleinige Instanz und Anlaufstelle in Fragen der Gesundheit war westliche Medizin keinesfalls. Ihr gelang es gerade im Bereich der medikamentös behandelbaren Krankheiten beispielsweise in der antibakteriellen Therapie Zulauf und Anhänger unter der einheimischen Bevölkerung zu gewinnen. Waren Therapieansätze nicht erfolgreich oder handelte es sich um Krankheiten, bei denen den Heilern der traditionellen Medizin eine höhere Kompetenz von Seiten der lokalen Bevölkerung zugeschrieben wurde, wurden die Gesundheitsanbieter traditioneller Heilkunde aufgesucht. Großen Teilen der lokalen Bevölkerung waren Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen westlicher Medizin im Hinblick auf Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten nicht bekannt, wurden wegen kultureller und sprachlicher Barrieren missverstanden bzw. riefen prinzipielles Unverständnis hervor. Letzteres war aber keinesfalls ein Phänomen, das ausschließlich auf ungebildete Bevölkerungsschichten zutraf. Dies führte zu Schwierigkeiten beim Betrieb der Krankenhäuser, bei der Compliance der Patienten und bei der Durchführung medizinisch notwendiger Maßnahmen im Bereich von Hygiene, Gesundheitserziehung, Präventivmedizin und operativer Medizin. Die Schwestern der GMH interessierten sich für das Wissen der traditionellen Heiler im Bereich der Pflanzenheilkunde. Ansonsten bewerteten sie die traditionelle Medizin eher skeptisch bzw. betrachteten sie kritisch. Die Einsicht innerhalb der GMH, dass die traditionelle Medizin ein Teil der lokalen bzw. regionalen Gesundheitsstruktur war, findet ihren Ausdruck in einer pragmatischen Einstellung gegenüber der traditionellen Heilkunde und einem friedlichen Umgang mit ihren Vertretern. Es ging nicht darum, einen Kampf gegen die traditionellen Heiler zu führen oder sie zu dämonisieren. Man hielt aber vom Standpunkt naturwissenschaftlicher Medizin aus betrachtet die Mehrzahl der Behandlungsmethoden der traditionellen Medizin für ineffektiv bzw. schädlich sowie die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen für falsch. Fest von der eigenen fachlichen Kompetenz und der Richtigkeit der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen westlicher Medizin und ihrer diagnostischen und therapeutischen Methoden überzeugt, ging es den Gesundheitsfachkräften der GMH darum, Gesundheitsstrukturen, Diagnostik und Therapien westlicher Medizin zu etablieren. Die erbrachte Gesundheitsarbeit war gleichzeitig Ausdruck der christlichen Überzeugung der Gesundheitsfachkräfte und sollte einen Beitrag bei der Etablierung des Christentums leisten. Die von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen waren des-

halb auch Orte, an denen das Verhältnis von Glauben und Medizin zwischen den unterschiedlichen Interessen der Beteiligten wie MI, GMH, weltlicher und kirchlicher Geldgeber sowie kirchlicher Autoritäten vor Ort verhandelt wurde. Die Schwestern verstanden ihre Gesundheitsarbeit als Teil der Evangelisierung in den Missionen und der katholische Glaube setzte der Gesundheitsarbeit Rahmenbedingungen. Die Auswirkungen der religiösen Motivation der Gesundheitsfachkräfte auf die konkrete Gesundheitsarbeit zeigten sich in der Personalpolitik beispielsweise beim Anforderungsprofil an die Missionsärzte, bei der Planung von Missionshospitälern im Hinblick auf missionsstrategische Vorstellungen von Diözesen und kirchlichen Geldgebern versus medizinischer Notwendigkeiten, dem behandelten Krankheitsspektrum mit einer erkennbaren Affinität zur Leprearbeit, der Geburtshilfe und der Gynäkologie, beim der einheimischen Bevölkerung zur Verfügung gestellten Gesundheitsangebot, inklusive selbst auferlegter Beschränkungen, bei der Gründung einheimischer Zweige der GMH und bei der Übergabe der Gesundheitseinrichtungen an andere Ordensgemeinschaften. Karitative und entwicklungspolitische Überlegungen beeinflussten das medizinische Engagement und führten im untersuchten Zeitraum zu stärker entwicklungspolitisch orientierten Ansätzen der Gesundheitsarbeit, die ihren Ausdruck in Konzepten der Präventivmedizin und des Public health Gedankens finden. Ließen sich in den untersuchten Gesundheitsprojekten der GMH über vier Jahrzehnte Adaptations- und Transformationsprozesse von Ideen, Begriffen, Interessenlagen, Denk- und Handlungsmustern sowie gesundheits- und entwicklungspolitischen Strategien der beteiligten Personen und Institutionen und der Missionsmedizin im Allgemeinen nachweisen und herausarbeiten, ist dennoch ein kontinuierliches Element zu erkennen. Es ist der christliche Glaube selbst. Religiöse Überzeugungen der Nächstenliebe, der Barmherzigkeit und der Nachfolge Jesu Christi blieben als persönliche Motivation und Triebfeder für das Handeln der Schwestern der GMH unverändert.

VI. Summary

In the postcolonial era, the medical and nursing care provided by the Catholic Church as part of its missionary outreach in developing countries underwent a process of transformation and adaptation. In German-speaking areas the Medical Missionary Institute Würzburg (Missionsärztliches Institut Würzburg) (MI) was an important and well known gathering place which provided an effective and much appreciated point of contact for the missionary dioceses and congregations in the developing countries over issues of health care, including the founding of new health centres and taking over existing ones. Within the MI, the Medical Missionary Society (Gemeinschaft der Missionshelferinnen) (GMH) played an important role in the period 1952 – 1994 together with the lay medical doctors of the Medical Missionary Union (Missionsärztlicher Bund). The health services and activities of the GMH in the mission field of the developing countries over four decades are recorded in the substantial personal correspondence of the people who worked with the MI, GMH, with the charitable institutions of the Church and with other government and non-government organisations. One hundred and nine sisters of the GMH were employed as health workers in twenty-six projects of varying size and duration in eight countries in Africa and Asia. The changing situation in developing countries in the postcolonial era transformed the way missionary medical work was undertaken as well as impacting on overseas aid policy and on the history of non-European hospitals. Medicine had functioned as a way of achieving certain cultural objectives that arose from a particular understanding of the world and at the same time was an expression of the values inherent in the way of life of the health care staff. Any assessment of the success of medical engagement was based on the standards and beliefs implicit in the western approach to health care. The postcolonial era was characterised by changes in the structure of health care provision and a transformation in the relationship between secular state-run institutions and the health centres provided by the Church. There was in the thinking on both sides an ambivalence about developing closer institutional links and mutual cooperation between the two sides, scepticism on the one hand as to whether it was possible alongside a desire to see it happen on the other. In India, the Indian government neither actively promoted nor obstructed the work of the health centres of the GMH. The integration of the health centres run by the GMH into the new national health structures made it necessary to respect the feelings and convictions of the State authori-

ties. This led to the work being understood less as an expression of the mission of the Church and of its Christian faith. As far as the public and governmental perspective was concerned, the Church was simply an agency providing professional health care, for example, in the health centres of India and Pakistan. In the African health projects, the situation varied from country to country. Political and social changes decisively affected the development of the African health centres run by the GMH but there were fewer restrictions on missionary issues in Africa than in India. Medical practitioners had more freedom to work and policies concerning the issuing of visas and recognition of foreign diplomas were more relaxed. In Africa there was no permanent guarantee of legal protection and security. In some countries the GMH had to flee because of the political situation with the result that some of the health centres had to be abandoned and no successors to continue the work could be arranged. In the course of these changing situations in the postcolonial era, the traditional notions of “missionary medicine” had to adapt to the new perceptions of health care. Missionary medicine was now all about the mission hospital or the health project that was provided by the Church but a gap had opened up between the missionary and medical aspects. Missionary medicine had become absorbed into the more secular-dominated aid programme to developing countries instigated by the United Nations. This led to the conclusion that more mission hospitals should be built and existing ones extended. Mission hospitals shaped by the new perception of health care were established. This led to an official division between medical and missionary appointments and Church personnel worked either in one or the other. The missionary dioceses and congregations remained in charge of missionary affairs whereas the staff of the MI and the GMH were in charge of the medical and nursing activity in mission hospitals and health centres. This division of responsibility was written into a contract. Those seeking to establish mission hospitals faced significant logistical demands because of the conditions in developing countries which led to a dependence on foreign sources of financial support. As more mission hospitals were established and new educational centres like nursing schools were opened, so the bureaucracy expanded in order to cope with the constant growth of administrative, organisational, logistical and legal tasks required within the health centres run by the GMH. Furthermore funding organisations demanded statements of accounts and institutional control over the invested money. In addition to the increasing bureaucracy, another consequence of estab-

lishing mission hospitals was an unprecedented demand for more and better trained nurses within the MI in the postcolonial era. At the same time, in the hospitals there was more demand for personnel in the different professions. When European personnel were employed, this guaranteed institutional control over health projects. There is no doubt that it was easier to get more personnel in nursing than among physicians and surgeons for permanent positions in the health centres in developing countries. Due to their permanent mission the sisters of the GMH were able to act as mediators between the health policies and strategies of German institutions like MI and Misereor and the State and Church authorities in the missionary countries. An analysis of the documents leads to the conclusion that the sisters of the GMH had more influence in decision-making in medical and organisational terms than nurses and midwives do in Germany. Establishing mission hospitals would have not been possible without the cooperation of the various professions. The massive expansion of mission hospitals in technical and personnel terms resulted in high levels of investment. In the 1950s and 1960s the huge amounts of personnel, materials and equipment required to build and run the mission hospitals was never questioned. It was all part of the belief in progress and modernisation that was widely accepted within both religious and secular groups in western society. It was assumed that the advances and modernisation of health care systems in developing countries by technology and western medicine would be designed, funded and implemented by Europeans. So European personnel built mission hospitals according to western prototypes and their evaluation of success was based on the statistics of medical treatments and operations. However from the mid-1970s onwards, the MI, GMH and in particular funding organisations like Misereor could not and did not want to support any more a strategy of continuously advancing specialisation and medical technology in their mission hospitals as the advances taking place in the countries of Europe and North America were happening too fast. Apart from the high costs, experiences in the developing countries created a new awareness that western medicine often reached the limits of logistical possibilities because of the conditions appertaining to the developing countries. However, this did not bring the whole concept of the hospital into question. The charitable funding organisations of the Church such as Misereor wanted to be seen as part of the aid to developing countries. So they applied the same health policies of the other agencies of international aid, such as the World Health Organisation, to the health cen-

tres that were funded by them. Money would only be given if it was used for the implementation of their health strategies and conceptions. How these strategies could be integrated into the existing health care was up to the medical and nursing staff of the GMH in the health centres and mission hospitals. In the 1970s the way development was interpreted underwent a complete transformation which impacted on the health care done in the health centres and mission hospitals run by the GMH. Until then development was defined in terms of how healthy the individual patient was. Success was shown in the numbers of treated patients, operations performed and the technical standards of the diagnostic and therapeutic equipment. From the beginning of the 1970s onwards the notion of development was understood in more abstract ways. Health was now a part of the social and economic conditions. Health care was no longer performed only in the hospital. Health care was set and understood in the context of local or regional health care systems. In addition to the existing developmental policy of practising western curative medicine with appropriate hospital and laboratory equipment and foreign qualified personnel, new strategies of development policy such as Primary Health Care, Preventive Medicine and Community Health Care services including activities in social and educational fields were born. It was hoped to create health structures that would be independent of foreign outlooks and more appropriate for the conditions of developing countries. So the coordination of services, resources and personnel, helping people to help themselves, encouraging the active participation of the population and guaranteeing the provision of basic needs became the principles of the new health care strategy. These goals would be realised by preventative medical means. Whereas European patterns of behaviour, work and organisation in hospitals focused on curative health care, this would no longer be part of the new strategies. In the health centres run by the GMH the curative health care was supplemented with elements of preventative medicine. For example, community health care services were started. In the 1980s the concepts of curative and preventative medicine began to compete for the limited financial resources. This situation was considered as a potential threat to some mission hospitals run by the GMH. Furthermore, with the more abstract notion of development, the medical and nursing personnel could less easily assess the success of its medical work at the local and regional level. Hiring local personnel for curative as well as preventative medicine was increasingly promoted by the MI and GMH and requested by funding organisations like

Misereor. It is clear that there was a policy of Indianising the medical personnel in the health centres and mission hospitals run by the GMH. In the 1950s and 1960s Indian personnel were mainly hired as auxiliary workers to meet logistical needs caused by the rapid growth of the hospitals. Temporary vacancies of German physicians' posts in the mission hospitals were filled by Indian physicians so that in the early 1970s these posts became the first to be Indianised in the health centres and mission hospitals run by the GMH. By requesting the Indianisation of the medical personnel, charitable funding organisations such as Misereor hoped in the long term to make the health centres more independent of foreign donations. Gradually, up to the handing over of management functions to Indians in the 1990s, all departments in the health centres and mission hospitals were Indianised. However there was no comparable Africanisation of the health centres and mission hospitals run by the GMH. This fact is closely linked to the way health care was organised in each African country. In some places projects were abandoned suddenly because the sisters of the GMH had to flee from rebellions or civil wars. As they were not appointed to management positions in government hospitals or within the health care system of the South African apartheid regime, a comparable Africanisation was generally impossible. Furthermore community health services were only temporarily available. The GMH trained native personnel in nursing, basic needs services, leprosy work and community based health services. The native personnel were an important link between the local population and the foreign health workers. Training the native staff has contributed to the fact that the goals of development and health policies in the 1950s and 1960s, with regard to the theory of modernisation as well as afterwards with regard to primary health care and preventative medicine, could be realised. The mission hospital was not only a place of training and education but also a place where ideas, information and knowledge could be exchanged. For example, there was a research project about leprosy and some health centres run by the GMH reported observations on certain diseases to Europe, for example, concerning cases of drug resistance. One of the objectives of the mission hospitals and health centres run by the GMH was to teach knowledge of western medicine and nursing, to improve confidence in western medicine among the native population and to be one of the forces for socio-economic change in the region. The pricing policy of the mission hospitals was adjusted according to social factors and charitable points of views and this was subsidised by

charitable organisations. So the mission hospitals provided examinations, treatments and drugs for free or for low prices. The subsidies for health care, maintenance of buildings and purchase of technical equipment or the cost of new buildings were often underestimated by the charitable organisations. This resulted in a conflict between economic thinking and adopting a charitable attitude towards the poor population. A continuing dependence on foreign money was a direct contradiction of the demand for more independence in general and, especially in financial terms, of the aim of handing over management responsibilities to native personnel. This troubled the sisters of the GMH. Pricing policy lowered the costs of medicine for patients but brought them into conflict with local health care providers. In addition to the GMH and other health care providers of state and private origin representing western medicine, there were health care providers of traditional medicine in each region. Beliefs concerning health and disease among the native people were based on the explanations of traditional medicine with its spiritual and religious dimensions. These traditional beliefs and the religiously-based beliefs of missionary medicine that immorality caused disease were rejected by the GMH. Their health and disease beliefs were based on scientific medical knowledge. Christianity was not understood to have any role to play in medical and therapeutic terms. On the understanding that structures and values of traditional societies would gradually disappear in accordance with the theory of modernisation, the role of Christianity was to fill this gap. The health and disease beliefs of the GMH personnel with regard to aetiology and pathogenesis as well as diagnostic and therapeutic methods differed from those of the native population. For the native population of the African and Asiatic regions examined in this study, western medicine was to a certain extent one health care option out of many that people took and believed in. It depended on the disease which medical option they preferred. Western medicine was definitely not the only accepted and exclusive way to health care. Western medicine succeeded in gaining patients' confidence with diseases that were treatable by drugs. Treatment with antibiotics has especially to be mentioned. People went to traditional healers, for example, when therapies of western medicine did not cure them. Furthermore among native people traditional healers had a good reputation for treating "special" diseases. A lot of native people did not know the health and disease beliefs of western medicine with regard to aetiology and the pathogenesis of diseases. Sometimes Western health beliefs were either misunderstood due to cultural

and linguistic barriers or were generally unpopular. The latter point is not a phenomenon limited to uneducated people. This led to difficulties in running hospitals, in motivating patients to undertake long-term treatments and in carrying out medically necessary measures with regard to hygiene, health education, preventative and surgical medicine. The sisters of the GMH were interested in the knowledge of the herbalists but apart from this they were sceptical and critical of traditional medicine. The understanding among the sisters of GMH that traditional medicine was a part of the local or regional health care system was shown in their pragmatic approach to traditional medicine and policy of peaceful coexistence. They were not about to wage war on traditional medicine. But from the scientific point of view, the majority of the treatments of traditional medicine were ineffective or harmful and the health and disease beliefs behind them were fallacious. The health care workers of the GMH were convinced of their own professional competence, of the correctness of western medical health and disease beliefs and of their diagnostic and therapeutic methods. They aimed at establishing the health structures as well as the diagnostic and therapeutic methods of western medicine. Health care was at the same time an expression of Christian conviction and should make a positive contribution towards establishing Christianity. Therefore the health centres and mission hospitals run by the GMH were places that played an important part in determining the relationship between faith and medicine and between the different interests of the participating institutions such as MI, GMH, secular and religious funding agencies and Church authorities in the missionary countries. Health care was understood to be a part of evangelisation in the missionary countries and the Catholic faith influenced health care and missionary medicine. The effects of religious motives on health care could be seen in personnel policy, such as the role expected of missionary doctors, in planning mission hospitals as an expression of the missionary strategies of dioceses and charitable funding organisations as opposed to medical needs, in focusing particularly on leprosy work, obstetrics and gynaecology, in the provision of health services with the restrictions imposed by Catholicism, in the foundation of new native religious communities of the GMH and in handing over management responsibilities in the health centres and mission hospitals to native congregations. The motives behind development policies and charitable ones influenced medical work. In the four decades examined in this study it can be stated that health care in the mission hospitals and health centres run by the

GMH was more and more influenced by conceptions of international aid to developing countries such as Preventive Medicine and Public Health. Whereas the processes of transformation and adaptation are characteristic of the health centres and mission hospitals run by the GMH with regard to ideas, notions, interests, thinking and acting patterns as well as strategies of health and development policy of the participating persons and institutions and of missionary medicine in general, one stable element can be found. It is the fundamental role of the Christian faith. Religious beliefs concerning charity, compassion and continuing the work of Jesus Christ were unchangeable motives of the GMH.

VII. Anhang

A. Nr. 1 Zusammenstellung der in der Mission tätigen Schwestern der GMH⁵²⁸

Name	Vorname	Beruf	Einsatzort	von – bis
Aschhoff, Dr.	Maria	Ärztin	Chetpet	1959-2000
Bauer	Gerlinde	Kr. Sr.	Jhansi	1969-1970
			Chetpet	1970-1999
Baumann	Josefa	Kr. Sr., Hebamme	Sargodha	1960-1966
Beitlich	Helmtraud	Kr. Sr.	Jhansi	1965-1970
			Shrirampur	1971-1975
			Shevgaon	1975-1998
Bextermöller	Maria	Kr. Sr., Hebamme	Amadi	01.12.70-1975
			Amadi	27.02.77-01.09.91
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme, Katechetin	Amadi	01.4.64.-12.64
			Kinshasa	09.09.66-30.07.67
			Eikwe	1967-1968
			Poko	04.06.68-1970
			Amadi	1970-31.09.1974, 1976-78
			Bunia	01.10.74-25.06.76
			Nyangana	1978
			Rundu	1978-1984
			Dungu	05.05.88-19.01.91
Blank	Maria	Kr. Sr.	Sargodha	1962-1967
Blatz	Anita	Kr. Sr., Hebamme	Fatima	12.68-28.03.77
			Poko	14.09.78-29.05.82
Böckenhoff	Klara	Kr. Sr.	Nyangana	02.12.64-14.07.69
Boschetto	Gertraud	Kr. Sr.	Sargodha	12.10.72-28.10.82
			Poko	08.04.87-16.01.97

⁵²⁸ Archivbox GMH 5. Aufstellung der deutschen Region der GMH.

Brand	Magdalena	Kr. Sr.	Shrirampur	19.06.54-30.11.81
			Shevgaon	01.12.81-15.11.93
Breithaupt	Christel	Kr. Sr.	Sargodha	01.04.66-28.10.82
Breithaupt	Helga	Kr. Sr.	Sargodha	1967-1971
Brendel, Dr.	Christa	Ärztin	Sargodha	1968-1971
Brendler	Johanna	Kr. Sr., Hebamme Kneippbademeisterin	Amadi	01.04.64-12.12.64
			Eikwe	03.69-14.06.72
				1985-86, 1991-1996
			Navrongo	21.05.79-20.11.82
Brenner	Cordula	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Sargodha	1962
Brenner	Magdalena	Kr. Sr.	Eikwe	1959-1963
Butscher	Notburga	Kr. Sr.	Sargodha	1960-1961
			Jhansi	26.11.63-14.08.70
Dettmer	Irmgard	Kr. Sr.	Nyangana	1958-1968
Dittmer	Otti	MTA	Shrirampur	19.07.73-04.04.79
			Chetpet	24.12.63-18.07.73
			Windhoek	1984-1985
			Nyangana	16.12.85-29.11.91
Eichstaedt	Hildegard	Kr. Sr., Hebamme	Chetpet	1962-1969
			Shrirampur	1975-76, 1978-1984
			Shevgaon	1976-1977
Eisenbarth, Dr.	Marie- Luise	Ärztin	Eikwe	20.02.74-10.76
				28.09.80-20.12.80
Engelhardt	Beate	Kr. Sr., Hebamme	Amadi	1979-1984
			Poko	1985-1987
			Ndendule	1985
Eschhaus	Margret	Kr. Sr., Hebamme	Nyangana	01.06.74-19.01.89
Etzel	Rita	Diplomsozialarbeiterin	Eikwe	1987-1988
Fink	Beate	Kr. Sr.	Shrirampur	1963-1968
Fleig	Monika	Kr. Sr.	Eikwe	06.08.76-05.03.95

Fontana	Anna	Kr. Sr., Hebamme	Rundu	02.04.71-1977
			Sargodha	09.10.78-81
			Nyangana	14.11.82-25.09.91
			Eikwe	14.06.93-19.05.94
Freisfeld, Dr.	Hannelore	Ärztin	Nyangana	20.11.65-26.07.71
			Windhoek	1974
			Durban	16.01.74-08.77
			Montebello	08.05.82-10.08.89
Fritschle	Marie Luise	Kr. Sr.	Eikwe	1967-1972
Froitzheim	Christel	Kr. Sr., Schneiderin	Poko	1969-1996
Gehrig	Maria	Kr. Sr.	Nyangana	1979-84
Geißler	Cäcilia	Kr. Sr.	Shrirampur	04.1952-1970
			Shevgaon	1970-30.08.96
			Bangalore	01.09.96-11.02.00
Görgen	Maria	Kr. Sr.	Shrirampur	11.1959 - 04.1966
Gorsler	Thea	Kr. Sr.	Eikwe	28.07.59-1971
			Tumu	05.12.74-1977
Gostner	Rosel	Kr. Sr., Hebamme	Chetpet	10.1961-09.1975
			Bangalore	09.75-06.10.94
Grauer, Dr.	Cilly	Ärztin	Sargodha	1973-1976
Greiner	Berta	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Chetpet	1966-1989
Grünwald	Monika	Kr. Sr.	Sargodha	1967-1972
Günther	Gisela	Unterrichtsschwester Kr. Sr., Hebamme	Shrirampur	01.11.59-13.12.90
Hahn	Resi	Kr. Sr.	Sargodha	1966-1983
Happe	Elisabeth	Kr. Sr.	Sargodha	12.03.68-18.04.79
			Eikwe	21.11.80-2012
Hauke	Angela	Kr. Sr.	Chetpet	20.10.63-2010
Helfrich	Emma	Kr. Sr.	Shrirampur	12.1955 – 1963

Holländer	Maria	Kr. Sr.	Fatima	14.09.62-15.08.77
Holtkötter	Irmgard	Kr. Sr.	Nyangana	21.10.66-71
			Rundu	1971-72
			Eikwe	06.08.79-2012
Hondel	Hildegard	Kr. Sr.	Rundu	1971-1990
Jörg	Amanda	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Fatima	22.10.59-31.08.77
Kellner	Christine	Kr. Sr.	Chetpet	05.02.70-24.02.93
Kerb	Karin	Kr. Sr.	St. Paul's	15.05.70-1973
Konz	Anneliese	Kr. Sr.	Poko	11.09.82-10.08.85
				11.04.96-15.12.96
Köthe, Dr.	Gabriele	Ärztin	Fatima	1972-1974
			Eikwe	18.02.78-2012
Kripp	Johanna	Kr. Sr.	Eikwe	1967-1972
Kühner	Brunhilde	Kr. Sr.	Shrirampur	25.05.69-09.12.84
Kunschner	Maria	Kr. Sr.	Fatima	11.04.61-22.01.72
			Eikwe	1975-1978
Laakmann	Angelika	Kr. Sr.	St. Luke's	1967-1969
Lindinger	Marianne	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Shrirampur	30.08.1965 - 1973
			Chetpet	1973-1990
			Allahabad	seit 1990
Link	Julia	Kr. Sr.	St. Luke's	1968-1970
Mager	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme	Eikwe	23.09.62-08.66
			Poko	04.06.68-15.01.97
Martens	Astrid	Kr. Sr.	Nyangana	1966-1971
			Rundu	1972-1975
Mattes	Amanda	Kr. Sr.	Jhansi	1956 - 1965
Matschke, Dr.	Johanna	Ärztin	Nyangana	27.06.67-12.68
Meier	Hanni	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Nyangana	1971-1991
Mersmann	Maria	Kr. Sr.	Chetpet	1964-1971
Meyer	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme Schneiderin	Shrirampur	09.01.68 – 1970
			Shevgaon	1970-1973

Mihalovits	Elisabeth	Kr. Sr.	Shrirampur	30.04.52-1960
			Jhansi	1960-1970
			Shevgaon	1970-1976
Moosbrugger	Franziska	Kr. Sr.	Shrirampur	1955-1957
			Shevgaon	1970-1976
Müller	Annemarie	MTA, Zahntechnikerin	Shrirampur	05.10.59-25.07.69, 1973
Müller	Hildegard	Schneidermeisterin Familienpflegerin	Amadi	1986-1987
			Dungu	1987-1991
Müller	Maria	Kr. Sr. Schneiderin Sozialarbeiterin Seelsorgehelferin	Shrirampur	10.01.52-03.56
			Jhansi	03.56-02.60
			Chetpet	01.02.60-30.11.61
			Thellakom	1961-1962
			Sargodha	12.62-08.68
			Windhoek	04.1969-19.08.1978
Nagel	Agnes	Kr. Sr.	Eikwe	1972-1978
Nobs	Anneliese	Kr. Sr.	Eikwe	1973-1980
Ohlig	Theresia	Kr. Sr., Hebamme	Nyangana	1971-1972
			Rundu	1972-1976
			Shevgaon	30.06.77 – 03.1984, 1995
Ott	Christine	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	Shrirampur	12.01.52-1989
			Jhansi	1957-1958
			Bangalore	01.90-13.09.95
Pille	Angela	Kr. Sr., Hebamme	Fatima	1959-1964
			Jhansi	1965-1970
			Shevgaon	1973
Poos	Marie Jeanne	Kr. Anaesth, Unterricht Sr. Gemeindereferentin	Eikwe	19.10.79-29.12.84
Puhe	Tony	Kr. Sr., Diätassistentin	Eikwe	23.03.64-01.02.68

			Amadi	1970-1984
			Ndendule	1985-2000
Reiterer	Anni	Kr. Sr.	Shrirampur	29.10.63-10.89
			Shevgaon	11.89-15.11.98
Reuter	Annelore	Kr. Sr., Schneiderin	Fatima	20.10.66-31.08.77
Riegel	Mechthild	Kr. Sr.	Nyangana	1956-64
Rosenberger	Otilie	Kr. Sr.	Sargodha	30.11.60-1983
			Navrongo	17.04.85-1987
			Eikwe	09.12.89-2006
Schäfer	Karoline	Kr. Sr. Hebamme	Eikwe	11.10.61-1968, 1971-1973
			Tumu	1974-1978
			Navrongo	1979-1987
			Nyangana	30.07.88-09.02.91
Scherner	Gertrud	Kr. Sr., Hebamme	Chetpet	26.02.60-12.06.04
Schmalz	Irmgard	Kr. Sr., Physiotherapeutin Familienpflegerin	Chetpet	19.08.76-09.07.83
Schmitt	Ludovika	Kr. Sr., Hebamme	Eikwe	06.06.72-2012
Schmitt	Mathilde	Kr. Sr.	Poko	1969-1975, 1977-95
			Amadi	1975-1977
Schneider	Marlies	Kr. Sr.	Nyangana	1969-1976
Scholhölter	Gertrud	Kr. Sr. Kinderkr. Sr.	Jhansi	1959-1970
			Shrirampur	1971-1989
			Shevgaon	08.89-24.05.91
Schreiber	Zita	Kr. Sr.	Eikwe	12.01.74-1983
			Shevgaon	1985-86
Schreiner	Maria	Kr. Sr.	Nyangana	1975-1977

			Rundu	1974-1975
Schweigkofler	Marianne	Kr. Sr., MTA	Sargodha	25.06.75-10.82
			Shisong	1987-1990
Siebers	Anne	Kr. Sr., Hebamme	Eikwe	15.06.84-17.08.89
Stoffels	Gertrud	Kr. Sr.	Eikwe	1987-1990
Strauch	Rita	Kr. Sr. MTA	Nyangana	1964-1975
			Rundu	1975-1981
Strobel	Klara	Kr. Sr.	Nyangana	1955-64
Strümper	Hilde	Kr. Sr. Hebamme	Jhansi	30.04.56-1966
			Eikwe	12.01.74-16.06.74
Thalhammer	Benigna	Kr. Sr.	Shrirampur	28.04.52-09.03.73
Thomalla	Monika	Kr. Sr.	Fatima	22.04.69-31.08.77
			Windhoek	1982-1983
Tigges	Renate	Kr. Sr.	Sargodha	1972-1978
Tschager	Theresia	Kr. Sr.	Shrirampur	02.02.74–1989
Veerkamp	Hedwig	Kr. Sr	Nyangana	1961-76/1986-91
			Windhoek	1977-1984
Wagner	Katharina	Kr. Sr.	Eikwe	15.08.68-17.09.71
Wenzel	Thea	Kr.Sr.	Nyangana	20.02.70-04.03.89
Werkmeister, Dr.	Ute	Ärztin	Shrirampur	1968-1970
Wissen	Oda	Kr. Sr., Lehrerin	Windhoek	1968-1973
Wurm	Ursula	Kr. Sr.	Eikwe	10.10.72-31.03.79
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme Heilpraktikerin	Kinshasa	1967
			St. Luke's	05.02.68-03.08.70
			Poko	25.02.72-1984
			Amadi	1985
			Dungu	1985-1992
Zykan, Dr.	Ilse	Ärztin	Sargodha	1976-1979
Zyzik, Dr.	Ursula	Ärztin	Jhansi	31.01.68-01.71
			Sargodha	05.04.71-02.08.79

B. Nr. 2 Projektaufstellung⁵²⁹

Indien			
St. Luke´s Hospital in Shrirampur			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Betz- Korte	Ludwina	Ärztin	1952-54
Dr. Kronschnabel	Heinz	Arzt	1954-58, 1960-65
Dr. Kronschnabel	Elisabeth	Ärztin	1954-65
Dr. Immand	Helene	Ärztin	z.T. 1957-68
Dr. Kaisig	Konrad	Arzt	1959-62
Dr. Kuhn-Schlesiger	Gertrud	Ärztin	1953-56, 1958-61
Dr. Lüthi	Erich	Arzt	1962-64
Dr. Baldrich	Wolfgang	Arzt	1965-68
Dr. Werkmeister	Ute	Ärztin	1968-70
Dr. Rohde	Peter	Arzt	1968-71
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Beitlich	Helmtraud	Krankenschwester	1971-75
Brand	Magdalena	Krankenschwester	1954-81
Dittmer	Otilie	MTA	1973-79
Eichstaedt	Hildegard	Kr. Sr. , Hebamme	1975-76, 1978-84
Fink	Beate	Krankenschwester	1963-68
Geißler	Cäcilia	Krankenschwester	1952-70

⁵²⁹ Archivbox GMH 5. Aufstellung der deutschen Region der GMH; Aufstellung der für das MI tätigen Gesundheitsfachkräfte. Abkürzungen: Kr. Sr. = Krankenschwester, Kinderkr. Sr. = Kinderkrankenschwester, MTA = Medizinisch-technische Assistentin.

Görge	Maria	Krankenschwester	1959-66
Günther	Gisela	Kr. Sr., Hebamme	1959-90
		Unterrichtsschwester	
Helfrich	Emma	Krankenschwester	1955-63
Kühner	Brunhilde	Krankenschwester	1969-84
Lindinger	Marianne	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1965-73
Meyer	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme	1968-70
		Schneiderin	
Mihalovits	Elisabeth	Krankenschwester	1952-60
Moosbrugger	Franziska	Krankenschwester	1955-57
Müller	Annemarie	MTA Zahntechnikerin	1959-69, 1973
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1952-56
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	
Ott	Christine	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1952-89
Reiterer	Anni	Krankenschwester	1963-89
Schölthöfer	Gertrud	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1971-89
Thalhammer	Benigna	Krankenschwester	1952-73
Tschager	Theresia	Krankenschwester	1974-89
Dr. Werkmeister	Ute	Ärztin	1968-70
St. Jude's Hospital in Jhansi			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Sachs	Ottmar	Arzt	1956-62
Dr. Fuchs	Gospert	Arzt	1962
Dr. Reichert	Klara	Ärztin	1962-66
Dr. Zyzik	Ursula	Ärztin	1968-71

Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Bauer	Gerlinde	Krankenschwester	1969-70
Beitlich	Helmtraud	Krankenschwester	1965-70
Butscher	Notburga	Krankenschwester	1963-70
Mattes	Amanda	Krankenschwester	1956-65
Mihalovits	Elisabeth	Krankenschwester	1960-70
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1956-60
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	
Ott	Christine	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1957-58
Pille	Angela	Kr. Sr., Hebamme	1965-70
Scholhölter	Gertrud	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1959-70
Strümper	Hilde	Kr. Sr., Hebamme	1956-66
Dr. Zyzik	Ursula	Ärztin	1968-71
Nityaseva Hospital in Shevgaon			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Beitlich	Helmtraud	Krankenschwester	1975-98
Brand	Magdalena	Krankenschwester	1981-93
Eichstaedt	Hildegard	Kr. Sr., Hebamme	1976-77
Geißler	Cäcilia	Krankenschwester	1970-96
Meyer	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme	1970-73
		Schneiderin	
Mihalovits	Elisabeth	Krankenschwester	1970-76
Moosbrugger	Franziska	Krankenschwester	1970-76
Ohlig	Theresia	Kr. Sr., Hebamme	1977-84, 1995
Pille	Angela	Kr. Sr., Hebamme	1973

Reiterer	Anni	Krankenschwester	1989-98
Schölhölder	Gertrud	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1989-91
Schreiber	Zita	Krankenschwester	1985-86
St. Thomas Hospital und Leprazentrum in Chetpet			
MissionsärztInnen, andere Gesundheitsfachkräfte			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Aschhoff	Maria	Ärztin	1959-2000
Bielefeld	Christa	Krankenschwester	1971-72
Dr. Gogel	Ute	Ärztin	1969
Dr. Jayakumar	Josef	Arzt	nicht erru- ierbar
Kramer	Heinz	Mechaniker Mitglied der Gemeinschaft St. Johannes	1964-66
Lätzel	Remigius	Kaufmann, Bauleiter Mitglied der Gemeinschaft St. Johannes	1963, 1968-71
Dr. Lichti	Ruth	Ärztin	1965-66
Meermeier	Heinz	Krankenpfleger Mitglied der Gemeinschaft St. Johannes	1961-66
Prof. Rummel		Arzt	z.T. 1979-85
Dr. Simoes	Darwin	Arzt	1991-94
Dr. Simoes-Scheel	Elisabeth	Ärztin	1991-94
Ströhle	Rudolf	Schreiner	1961-63

		Mitglied der Gemeinschaft St. Johannes	
Termehr	Lore	Ärztin	1984
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Aschhoff	Maria	Ärztin	1959-2000
Bauer	Gerlinde	Krankenschwester	1970-99
Dittmer	Otilie	MTA	1963-73
Eichstaedt	Hildegard	Kr. Sr., Hebamme	1962-69
Gostner	Rosel	Kr. Sr., Hebamme	1961-75
Greiner	Berta	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1966-89
Hauke	Angela	Krankenschwester	1963-2010
Kellner	Christine	Krankenschwester	1970-93
Lindinger	Marianne	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1973-90
Mersmann	Maria	Krankenschwester	1964-71
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1960-61
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	
Schermer	Gertrud	Kr. Sr., Hebamme	1960-2004
Schmalz	Irmgard	Kr. Sr.	1976-83
		Physiotherapeutin	
		Familienpflegerin	
Thellakom			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1961-62
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	

Allahabad			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Lindinger	Marianne	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	seit 1990
Bangalore			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Geißler	Cäcilia	Krankenschwester	1996-2000
Gostner	Rosel	Kr. Sr., Hebamme	1975-94
Ott	Christine	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1990-95
Afrika			
Kongo			
Regierungshospital Amadi / Arbeitsgruppe in Amadi			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Bextermöller	Maria	Kr. Sr., Hebamme	1970-75, 1977-91
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme Katechetin	1964, 1976-78
			1970-74
Brendler	Johanna	Kr. Sr., Hebamme Kneippbademeisterin	1964
Engelhardt	Beate	Kr. Sr., Hebamme	1979-84
Müller	Hildegard	Schneidermeisterin Familienpflegerin	1986-87
Puhe	Tony	Kr. Sr., Diätassistentin	1970-84

Schmitt	Mathilde	Krankenschwester	1975-77
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme	1985
		Heilpraktikerin	
Entwicklungsprojekt Ndendule			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Engelhardt	Beate	Kr. Sr., Hebamme	1985
Puhe	Tony	Kr. Sr.,Diätassistentin	1985-2000
Regierungshospital in Poko / Arbeitsgruppe in Poko			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme	1968-70
		Katechetin	
Blatz	Anita	Kr. Sr., Hebamme	1978-82
Boschetto	Gertraud	Krankenschwester	1987-97
Engelhardt	Beate	Kr. Sr., Hebamme	1985-87
Froitzheim	Christel	Kr. Sr., Schneiderin	1969-96
Konz	Anneliese	Krankenschwester	1982-85, 1996
Mager	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme	1968-97
Schmitt	Mathilde	Krankenschwester	1969-75, 1977-95
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme	1972-84
		Heilpraktikerin	
Krankenpflegeschule in Dungu			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme	1988-91
		Katechetin	

Müller	Hildegard	Schneidermeisterin Familienpflegerin	1987-91
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme Heilpraktikerin	1985-92
Kinshasa			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme Katechetin	1966-67
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme Heilpraktikerin	1967
Bunia			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme Katechetin	1974-76
Namibia			
Sacred Heart Hospital in Nyangana			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Krause	Anton	Arzt	1936-40
Dr. Fisch	Maria	Ärztin	1957-67
Dr. Freisfeld	Hannelore	Ärztin	1965-71
Dr. Matschke	Johanna	Ärztin	1967-68
Dr. Krock	Marianne	Ärztin	1969-70
Dr. Potschka	Barbara	Ärztin	1976-90
Dr. Peltzer	Franz	Arzt	1989-91

Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme	1978
		Katechetin	
Böckenhoff	Klara	Krankenschwester	1964-69
Dettmer	Irmgard	Krankenschwester	1958-68
Dittmer	Otilie	MTA	1985-91
Eschhaus	Margret	Kr. Sr., Hebamme	1974-89
Fontana	Anna	Kr. Sr., Hebamme	1982-91
Dr. Freisfeld	Hannelore	Ärztin	1965-71
Gehrig	Maria	Krankenschwester	1979-84
Holtkötter	Irmgard	Krankenschwester	1966-71
Martens	Astrid	Krankenschwester	1966-71
Dr. Matschke	Johanna	Ärztin	1967-68
Meier	Hanni	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1971-91
Ohlig	Theresia	Kr. Sr., Hebamme	1971-72
Riegel	Mechthild	Krankenschwester	1956-64
Schäfer	Karoline	Kr. Sr., Hebamme	1988-91
Schneider	Marlies	Krankenschwester	1969-76
Schreiner	Maria	Krankenschwester	1975-77
Strauch	Rita	Kr. Sr., MTA	1964-75
Strobel	Klara	Krankenschwester	1955-64
Veerkamp	Hedwig	Krankenschwester	1961-76,
			1986-91
Wenzel	Thea	Krankenschwester	1970-89
Regierungshospital in Rundu			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme	1978-84
		Katechetin	

Fontana	Anna	Kr. Sr., Hebamme	1971-77
Holtkötter	Irmgard	Krankenschwester	1971-72
Hondel	Hildegard	Krankenschwester	1971-90
Martens	Astrid	Krankenschwester	1972-75
Ohlig	Theresia	Kr. Sr., Hebamme	1972-76
Schreiner	Maria	Krankenschwester	1974-75
Strauch	Rita	Kr. Sr., MTA	1975-81
Regierungshospital in Windhoek			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dittmer	Otti	MTA	1984-85
Dr. Freisfeld	Hannelore	Ärztin	1974
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1969-78
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	
Thomalla	Monika	Krankenschwester	1982-83
Veerkamp	Hedwig	Krankenschwester	1977-84
Wissen	Oda	Kr. Sr., Lehrerin	1968-73
Südafrika			
Durban			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Freisfeld	Hannelore	Ärztin	1974-77
Montebello			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Freisfeld	Hannelore	Ärztin	1982-89

Zimbabwe			
Fatima Hospital in Bulawayo			
MissionsärztlInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Davis-Ziegler	Johanna	Ärztin	1948-50
Dr. Köthe	Gabriele	Ärztin	1972-74
Dr. Roths Schuh	Maria	Ärztin	1958-76
Dr. Cromme	Peter	Arzt	1976-77
Dr. Cromme	Ellen	Ärztin	1976-77
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Blatz	Anita	Kr. Sr., Hebamme	1969-77
Holländer	Maria	Krankenschwester	1962-77
Jörg	Amanda	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1959-77
Dr. Köthe	Gabriele	Ärztin	1972-74
Kunschner	Maria	Krankenschwester	1961-72
Pille	Angela	Kr. Sr., Hebamme	1959-64
Reuter	Annelore	Kr. Sr., Schneiderin	1966-77
Thomalla	Monika	Krankenschwester	1969-77
St. Luke's Hospital in Lupane			
MissionsärztlInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Davis-Ziegler	Johanna	Ärztin	1950-
Dr. Krebs	Marie-Luise	Ärztin	1975
Dr. Kobuch	Wilhelm	Arzt	1982-83
Dr. Kobuch	Karin	Ärztin	1982-83
Dr. Kobuch	Reinhard	Arzt	1982-83
Dr. Heinze	Bernhard	Arzt	1984-90

Dr. Weber	Susanne	Ärztin	1985-88, 1991-93
Dr. Kiefer	Maria Magdalena	Ärztin	1987-90
Dr. Stich	August	Arzt	1988
Dr. Michalsky	Gregor	Arzt	1990-92
Dr. Miosga	Klaus	Arzt	1992-95
Dr. Ilic	Dragan	Arzt	1996
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Laakmann	Angelika	Krankenschwester	1967-69
Link	Julia	Krankenschwester	1968-70
Zimmermann	Gertraud	Kr. Sr., Hebamme Heilpraktikerin	1968-70
St. Paul's Hospital			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Decker	Johanna	Ärztin	1960-77
Dr. Fleischer	Klaus	Arzt	1977
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Kerb	Karin	Krankenschwester	1970-73
Ghana			
St. Martin de Porres Hospital in Eikwe			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Heiermann	Wilhelm	Arzt	1959-62

Dr. del Val Gomez	Alfonso	Arzt	1963-67
Dr. Köthe	Gabriele	Ärztin	1978-2012
Dr. Eisenbarth	Marie-Luise	Ärztin	1974-76, 1980
Dr. Mnich	Hans Peter	Arzt	1982-83
Dr. Iselstein	Annette	Ärztin	1983-87
Dr. Wilhelm	Eva Maria	Ärztin	1983
Dr. Cooper	Paul	Arzt	nicht erru- ierbar
Dr. Rieke	Burkhard	Arzt	1988-91
Dr. Rieke	Michaela	Ärztin	1988-91
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Biersack	Margareta	Kr. Sr., Hebamme	1967-68
		Katechetin	
Brendler	Johanna	Kr. Sr., Hebamme	1969-72,
		Kneippbademeisterin	1985-86 1991-96
Brenner	Magdalena	Krankenschwester	1959-63
Dr. Eisenbarth	Marie Luise	Ärztin	1974-76, 1980
Etzel	Rita	Diplomsozialarbeiterin	1987-88
Fleig	Monika	Krankenschwester	1976-95
Fontana	Anna	Kr. Sr., Hebamme	1993-94
Fritschle	Marie Luise	Krankenschwester	1967-72
Gorsler	Thea	Krankenschwester	1959-71
Happe	Elisabeth	Krankenschwester	1980-2012
Holtkötter	Irmgard	Krankenschwester	1979-2012

Dr. Köthe	Gabriele	Ärztin	1978-2012
Kripp	Johanna	Krankenschwester	1967-72
Kunschner	Maria	Krankenschwester	1975-78
Mager	Elisabeth	Kr. Sr., Hebamme	1962-66
Nagel	Agnes	Krankenschwester	1972-78
Nobs	Anneliese	Krankenschwester	1973-80
Poos	Marie Jeanne	Krankenschwester	1979-84
		Anästhesieschwester	
		Gemeindereferentin	
Puhe	Tony	Kr. Sr., Diätassistentin	1964-68
Rosenberger	Otilie	Krankenschwester	1989-2006
Schäfer	Karoline	Kr. Sr., Hebamme	1961-68, 1971-73
Schmitt	Ludovika	Kr. Sr., Hebamme	1972-2012
Schreiber	Zita	Krankenschwester	1974-83
Siebers	Anne	Kr. Sr., Hebamme	1984-89
Stoffels	Gertrud	Krankenschwester	1987-90
Strümper	Hilde	Kr. Sr., Hebamme	1974
Wagner	Katharina	Krankenschwester	1968-71
Wurm	Ursula	Krankenschwester	1972-79
Basisgesundheitsdienst in Navrongo			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Brendler	Johanna	Kr. Sr., Hebamme	1979-82
		Kneippbademeisterin	
Rosenberger	Otilie	Krankenschwester	1985-87
Schäfer	Karoline	Kr. Sr., Hebamme	1979-87

Basisgesundheitsdienst in Tumu			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Gorsler	Thea	Krankenschwester	1974-77
Schäfer	Karoline	Kr. Sr., Hebamme	1974-78
Kamerun			
Shisong			
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Schweigkofler	Marianne	Kr. Sr., MTA	1987-1990
Pakistan			
Fatima Hospital in Sargodha			
MissionsärztInnen			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Dr. Kohlborn	Elisabeth	Ärztin	1961-69
Kramer	Manfred	Bauingenieur	1962-66
Dr. Gschwändler	Josef	Arzt	1967-72
Dr. Hamacher	Christian	Arzt	nicht erru- ierbar
Dr. Brendel	Christa	Ärztin	1968-71
Dr. Grauer	Cilly	Ärztin	1973-76
Dr. Zykan	Ilse	Ärztin	1976-79
Dr. Zyzik	Ursula	Ärztin	1971-79
Schwestern der GMH			
Name	Vorname	Beruf	Von bis
Baumann	Josefa	Kr. Sr., Hebamme	1960-66
Blank	Maria	Krankenschwester	1962-67
Boschetto	Gertraud	Krankenschwester	1972-82

Breithaupt	Christel	Krankenschwester	1966-82
Breithaupt	Helga	Krankenschwester	1967-71
Dr. Brendel	Christa	Ärztin	1968-71
Brenner	Cordula	Kr. Sr., Kinderkr. Sr.	1962
Butscher	Notburga	Krankenschwester	1960-61
Fontana	Anna	Kr. Sr., Hebamme	1978-81
Dr. Grauer	Cilly	Ärztin	1973-76
Grünwald	Monika	Krankenschwester	1967-72
Hahn	Resi	Krankenschwester	1966-83
Happe	Elisabeth	Krankenschwester	1968-79
Müller	Maria	Kr. Sr., Schneiderin	1962-68
		Sozialarbeiterin	
		Seelsorgehelferin	
Rosenberger	Otilie	Krankenschwester	1960-83
Schweigkoffler	Marianne	Kr. Sr., MTA	1975-82
Tigges	Renate	Krankenschwester	1972-78
Dr. Zykan	Ilse	Ärztin	1976-79
Dr. Zyzik	Ursula	Ärztin	1971-79

VIII. Literaturverzeichnis

A. Primärliteratur⁵³⁰:

Gedruckte Quellen:

Artikel in den Zeitschriften Heilung und Heil:

Bextermöller, Maria: 20 Jahre Dienst für die Menschen in Zaire. In: Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte. 92/2+3, S. 1–4.

Rieke, Michaela: Ein schmerzhafter Abschied. Schwestern der Gemeinschaft der Missionshelferinnen verlassen Zaire nach jahrzehntelanger Arbeit. In: Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte. 97/3, S. 9–11.

Festschriften und Jubiläumsflyer der Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH):

Flyer Miteinander leben, glauben, Gemeinschaft erfahren und engagiert da sein.

Wesen und Ziel des Säkularinstituts: P. Berthold Meier OSA Referat zur Zwischenversammlung der Gemeinschaft der Missionshelferinnen, 18. bis 21. Oktober 1976.

Missionsärztliches Institut Würzburg (Herausgeber): Jahrbuch 1964. Würzburg: Fränkische Gesellschaftsdruckerei.

Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997. Herausgegeben vom Verein für ärztlichen Dienst in Übersee, Missionsärztliches Institut 1997.

Rapp, Urban; Missionsärztliches Institut Würzburg (Hrg.): Heilung und Heil. Missionsärztliches Institut, Würzburg 1922–1972. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag 1972.

Ungedruckte Quellen:

Personalakten und Korrespondenz der Missionsärzte, die mit der GMH gemeinsam in Missionshospitälern waren:

Archivbox B2

Archivbox F1

Archivbox K5

Archivbox K6

Archivbox R1

⁵³⁰ Die angegebenen Quellen befinden sich im Archiv des Missionsärztlichen Institutes Würzburg. Salvatorstraße 7 in 97074 Würzburg.

Archivbox R3

Archivbox S1

Protokolle der Mitgliederversammlung des MI über die GMH:

Ordner Mitgliederversammlung I 1921–1969

Mitgliederversammlung MI MV III

Personalakten und Korrespondenz der GMH mit dem P. Direktor des MI:

Archivbox GMH 1

Archivbox GMH 2

Archivbox GMH 3

Archivbox GMH 4

Archivbox GMH 5

Projektordner über Projekte, in denen die GMH tätig war:

Projekt 1

Projekt 2 Zimbabwe

Projekt 3b Jhansi

Projekt 3b Shevgaon

Projekt 3b Shrirampur

Projekt 5 Eikwe

Projekt 7 Sargodha

Projekt 8 Chetpet. Archivbox I

Projekt 8 Chetpet. Archivbox II

Projekt 8 Chetpet. Archivbox III

B. Sekundärliteratur:

Arnold, David: Introduction: disease, medicine and empire. In: Arnold, David (Hrg.): Imperial medicine and indigenous societies. Manchester and New York: Manchester University Press 1988, S. 1–26.

Bruchhausen, Walter: Medizin zwischen den Welten: Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania. Göttingen: V & R Unipress 2006.

Bruchhausen, Walter: Medicine Between Religious Worlds: The Mission Hospitals of South-East Tanzania During the Twentieth Century. In: Harrison, Mark et al. (Hrg.): From Western Medicine to Global Medicine. The Hospital Beyond the West. Hyderabad: Orient BlackSwan 2009, S. 172–197.

Bruchhausen, Walter: Medical Pluralism as a historical phenomenon: a regional and multi-level approach to health care in German, British and Independent East Africa. In: Digby, Anne et al. (Hrg.): Crossing Colonial Historiographies: Histories of Colonial and Indigenous Medicines in Transnational Perspective. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing 2010, S. 99–114.

Büschel, Hubertus: Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrg.): Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH 2009, S. 7–30.

Digby, Anne: Diversity and Division in Medicine. Health care in South Africa from the 1800s. Bern: Peter Lang AG, International Academic Publishers 2006.

Dirar, Uoldelul Chelati.: Curing Bodies to Rescue Souls: Health in Capuchin's Missionary Strategy in Eritrea, 1894–1935. In: Hardiman, David (Hrg.): Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa. Amsterdam: Editions Rodopi B. V. 2006, S. 251–280.

Eckart, Wolfgang U.: Ärztliche Mission. In: Theologische Real-Enzyklopädie 23 (1994a), S. 73–80.

Essen, Lioba: Katholische Ärztliche Mission in Deutschland 1922–1945. Das Würzburger missionsärztliche Institut: seine Absolventinnen und Absolventen, die Arbeitsfelder. Tecklenburg: Burgverlag 1991.

Feierman, Steven; Janzen, John M.: The Decline and Rise of African Population: The Social Context of Health and Disease. In: Feierman, Steven; Janzen, John M. (Hrg.): The Social Basis of Health and Healing in Africa. Berkeley: University of California Press 1992, S. 25–38.

Grundmann, Christoffer H.: Gesandt zu heilen! Aufkommen und Entwicklung der ärztlichen Mission im neunzehnten Jahrhundert. Gütersloh: Gütersloher Verl. – Haus Mohn 1992.

Hardiman, David: Introduction. In: Hardiman, David (Hrg.): Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa. Amsterdam: Editions Rodopi B. V. 2006, S. 5–58.

Hardiman, David: The Mission Hospital, 1880–1960. In: Harrison, Mark et al. (Hrg.): From Western Medicine to Global Medicine. The Hospital Beyond the West. Hyderabad: Orient BlackSwan 2009, S. 198–220.

Harlfinger, Susanne: Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika. – Ein Vergleich der Entwicklung in Tanzania, Uganda und Kenya. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn 2012. URN: <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2012/2860/2860.htm>

Harrison, Mark: Introduction. In: Harrison, Mark et al. (Hrg.): From Western Medicine to Global Medicine. The Hospital Beyond the West. Hyderabad: Orient BlackSwan 2009, S. 1–32.

Hein-Rothenbücher, Karl-Heinz: Das missionsärztliche Laienapostolat. Bilder für eine Theologie des heilenden Handelns in der Geschichte des Missionsärztlichen Instituts. In: Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997. Herausgegeben vom Verein für ärztlichen Dienst in Übersee, Missionsärztliches Institut 1997, S. 40–46.

Heuer, Ludger: Das Missionsärztliche Institut in Würzburg. In: Scheele, Paul-Werner (Hrg.): Geht hinaus in die ganze Welt. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag 2001, S. 141–164.

Hölzl, Richard: Der Körper des Heiden als moderne Heterotopie. Katholische Missionsmedizin in der Zwischenkriegszeit. In: Historische Anthropologie. Kultur Gesellschaft Alltag. Jahrgang 19, Heft 1 (2011), S. 54–81.

Hunt, Nancy Rose: A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo. Durham and London: Duke University Press 1999.

Janzen, John M.: The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley and Los Angeles: University of California Press 1978.

Jennings, Michael: „A Matter of Vital Importance”: The Place of the Medical Mission in Maternal and Child Healthcare in Tanganyika, 1919–39. In: Hardiman, David (Hrg.): Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa. Amsterdam: Editions Rodopi B. V. 2006, S. 227–250.

Kumwenda, Linda Beer: African Medical Personnel of the Universities’ Mission to Central Africa in Northern Rhodesia. In: Hardiman, David (Hrg.): Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa. Amsterdam: Editions Rodopi B. V. 2006, S. 193–226.

Kunth, Wolfgang (Hrg.): Grosser Atlas der Welt. Gütersloh: Mohndruck Graphische Betriebe 1994.

Lepenies, Philipp H.: Lernen vom Besserwisser: Wissenstransfer in der „Entwicklungshilfe“ aus historischer Perspektive. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrg.): Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH 2009, S. 33–60.

MacCormack, Carol P.: Health Care and the Concept of Legitimacy in Sierra Leone. In: Feerman, Steven; Janzen, John M. (Hrg.): The Social Basis of Health and Healing in Africa. Berkeley: University of California Press 1992, S. 426–436.

Manton, John: Administering Leprosy Control in Ogoja Province, Nigeria, 1945–67: A Case Study in Government – Mission Relations. In: Hardiman, David (Hrg.): Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa. Amsterdam: Editions Rodopi B. V. 2006, S. 307–332.

Petersson, Niels P.: „Großer Sprung nach vorn“ oder „natürliche Entwicklung“? Zeitkonzepte der Entwicklungspolitik im 20. Jahrhundert. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrg.): Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH 2009, S. 89–112.

Ranger, Terence O.: Godly Medicine: The Ambiguities of Medical Mission in Southeastern Tanzania, 1900–1945. In: Feierman, Steven; Janzen, John M. (Hrg.): The Social Basis of Health and Healing in Africa. Berkeley: University of California Press 1992, S. 256–282.

Schulte, Fiona: Heil und Heilung. Entwicklung und Bedeutung der medizinischen Arbeit in der Hermannsburger Mission von 1849 bis 1945. Hermannsburg: Verlag der Missionshandlung 1998.

Stüfe, Ansgar: Von der Fürsorge zur Kooperation. Wandel im Verständnis des missionsärztlichen Dienstes. In: Missionsärztliches Institut Würzburg 1922–1997. Herausgegeben vom Verein für ärztlichen Dienst in Übersee, Missionsärztliches Institut 1997, S. 217–222.

Sweet, Helen: Mission Nursing in the South African Context: The Spread of Knowledge During the Colonial and Apartheid Periods. In: Fleischmann, Ellen et al. (Hrg.): Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism. Kristiansand: Portal Books 2013, S. 137–156.

Wall, Barbra Mann: American Catholic Hospitals. A Century of Changing Markets and Missions. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press 2011.

Wall, Barbra Mann: Beyond the Imperial Narrative: Catholic Missionary Nursing, Medicine and Knowledge Translation in Sub-Saharan Africa, 1945–1980. In: Fleischmann, Ellen et al. (Hrg.): Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism. Kristiansand: Portal Books 2013, S. 90–109.

Westermann Kartographie: Diercke Weltatlas. Braunschweig: Westermann Schulbuchverlag GmbH 1996.

Williamson, Thomas: Researching Amok in Malaysia. In: Digby, Anne et al. (Hrg.): Crossing Colonial Historiographies: Histories of Colonial and Indigenous Medicines in Transnational Perspective. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing 2010, S. 37–56.

IX. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, allen zu danken, ohne die die vorliegende Dissertation nicht hätte entstehen können. Zu besonderem Dank bin ich der Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH) Würzburg verpflichtet, die mir die Einsichtnahme in das Archiv des Missionsärztlichen Instituts Würzburg, in dem sich die Quellen der von der GMH betreuten Gesundheitseinrichtungen befinden, ermöglichte und gestattete. Die Veröffentlichung der in der Dissertation angeführten Namen erfolgte mit Erlaubnis der GMH. Mein besonderer Dank gilt der Archivarin Sr. Elisabeth Mager (GMH), ohne deren organisatorisches Geschick und Bereitwilligkeit meine Archivarbeit im durchgeführten Ausmaß nicht möglich gewesen wäre. Ein Vergelt's Gott für alles. Dankbar bin ich ebenso Herrn Andreas Langguth für seine Hilfsbereitschaft bei allen technischen Fragen und Problemen mit meinem Computer. Mein Dank gilt zudem Herrn Graham Keith Mayer für die Durchsicht der englischsprachigen Übersetzung der Zusammenfassung. Danken möchte ich auch meinem Doktorvater Herrn Privatdozent Dr. Walter Bruchhausen, der mir bei meinem Promotionsvorhaben das Vertrauen entgegenbrachte und mir damit erst die Möglichkeit gab, auf der Grundlage des archivalischen Materials der GMH die vorliegende Dissertation zu verfassen.